ESTUDIO

SOBRE

LA DYSTOCIA EN MÉXICO

TÉSIS

PARA EL EXÁMEN PROFESIONAL DE MEDICINA Y CIRUGÍA

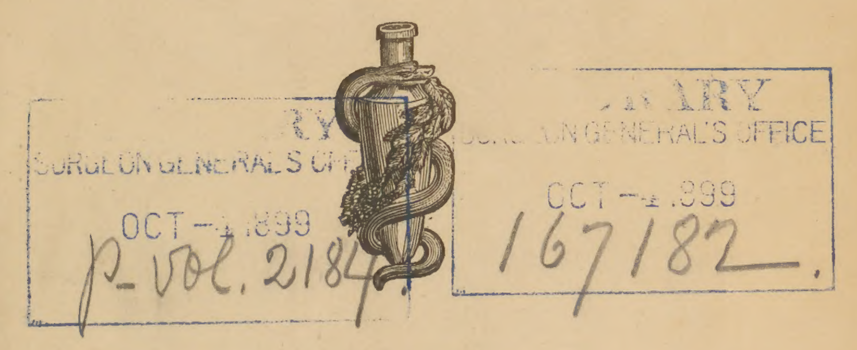
QUE PRESENTA AL JURADO
DE CALIFICACION

Rosendo Gutierrez y Velasco,

ALUMNO DE LA ESCUELA DE MEDICINA,

AYUDANTE DEL PROSCECTOR DE ANATOMIA DESCRIPTIVA,
PRACTICANTE DE LA SALA MIXTA DE MEDICINA Y CIRUGIA DEL HOSPITAL DE SAN ANDRES,
Y SOCIO FUNDADOR DE LA SOCIEDAD FILOIÁTRICA Y DE BENEFICENCIA
DE LOS ALUMNOS DE LA ESCUELA DE MEDICINA.

ABRIL DE 1872.



MÉXICO
IMPRENTA DE I. ESCALANTE Y Cª
BAJOS DE SAN AGUSTIN, NUM. 1.

1872

Indice de las materias de este volumen.

A MI PADRE Y A MI MADRE,

Tributo de amor filial.

A mis Hermanos,

Cariño eterno.

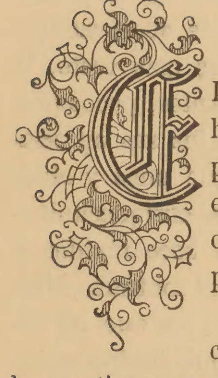
A la Escuela de Medicina de México,

Testimonio de gratitud.

Al Sr. D. Juan María Rodríguez,

AL SEÑOR DON RAFAEL LAVISTA,

Prueba de gratitud y amistad.



L rápido impulso que de tres años acá ha recibido en México el estudio teórico-práctico de los partos ha despertado en el ánimo de muchos alumnos de la Escuela de Medicina el mas vivo deseo de profundizarle.

A este deseo ha dado pábulo una circunstancia feliz. Tan luego como durante la cuestion-vacuna se inauguró en la Academia de Medicina de México la emancipacion científica de nuestra Escuela, la halagüeña como fecunda idea se hizo de prosélitos que empezaron á palpar sus ventajas y á pregonarlas sin reserva, si bien no se ha menospreciado la enseñanza europea. La reforma científica no venia á destruir, sino á perfeccionar.

Pero esa enseñanza no sojuzga ya, cual há poco sucedia, á nuestros observadores. Las doctrinas de los libros de texto y de consulta no son el cartabon al que se sujeta ya irremisiblemente quien busca en los hospitales y en la práctica civil el secreto de sus pesquisas, sino su término de comparacion. De ahí resulta el juicio que hoy está sirviendo de cimiento á la futura enseñanza de la medicina nacional.

Es cierto que no se ha hecho mas que comenzar; sin embargo, la manera con que se ha dado principio á esta noble empresa augura una marcha feliz y un resultado opimo; el tiempo es el encargado de dar cima al grandioso proyecto.

Ya se ha vencido la primera dificultad. Hay establecidas varias clínicas, y el número de observadores ha aumentado. Puesto que el campo es mas vasto, la cosecha será tambien mas abundante. Antes, pocos profesores y alumnos se resolvian á dar á luz sus apreciaciones; la pusilanimidad se oponia á que unos y otros contribuyesen al acopio de materiales, al enriquecimiento de la ciencia que cual otra ninguna hace rápidos y sensibles avances en el país. Hoy, por el contrario, derruidas añejas preocupaciones, raros son los que no escriben, y la prueba es que hay varias publicaciones médicas periódicas en la capital en que se ven confundidos los nombres de los maestros y de los discípulos, y en donde se leen los trabajos interesantes y completos de los unos, y los ensayos de los otros, que revelan el ahinco de saber, la sed de instruccion y la vehemente aspiracion hácia el trabajo y la verdad. En ellos se habla de lo nuestro, de nuestras producciones, de nuestras drogas, de nuestros hechos, de nuestras enfermedades, de nuestros descubrimientos. Poco ó nada se copia; se compara, sí, y se estima el inmenso valor de un empeño que va á ser el depósito de tantos secretos, el manantial de ricos tesoros. El entusiasmo es tal, que hasta algun célebre profesor que no pensó nunca en dejar impresa ni una sola letra, alienta la naciente llama, y estimula con su ejemplo á los que emprendemos

la carrera que él y algunos otros han recorrido conquistando lauros y la inmortalidad. Ciencias que no tenian un representante en América, cuentan hoy con algunos que ansían serlo y que han emprendido su estudio sin proteccion, ávidos solo de la gloria de su patria y de su renombre.

La idea de que los aspirantes al título profesional escribiesen y publicasen una Tésis sobre puntos escogidos un año ántes, ha sido fecunda. A ella se deben várias, bosquejos si se quiere de trabajos mas sólidos, pero que muchos revelan lo que tienen de ser la ciencia de mañana y sus representantes. Yo, que no aspiro mas que á cumplir con una obligacion impuesta por nuestros legisladores, presento á mi turno éste, sin pretensiones ni aliño; empero lleva el sello de la originalidad.

El estudio de la dystocia en México es mas limitado que en Europa. La experiencia de nuestros maestros enseña que las causas que hacen difíciles, peligrosos é imposibles los partos, ni son tantas, ni tan frecuentes. A ella me he atenido, y en tal virtud solo me ocuparé de las que se observan con más ó ménos frecuencia, sin tocar ni aun ligeramente las que no se presentan aquí. Si de estas últimas me ocupara me veria obligado á copiar á los autores, y francamente prefiero recordar lo que he visto, y repetir lo que he oído de boca de mis maestros.

---

*
* *

Segun su etimología, se entiende por parto dystócico (derivado de Δύς dificultad y τοχος parto) aquel que no puede terminarse solo por los esfuerzos del organismo. Los parteros modernos le han dado una acepcion mas lata aún, y actualmente se llaman partos dystócicos no solo á los difíciles, sino tambien á los que sin presentar obstáculo alguno á la marcha del trabajo no pueden terminarse espontáneamente sin peligro para la madre ó el producto.

Conforme á esta última acepcion hay dos grandes clases de partos dystócicos: los difíciles y los peligrosos.

La dificultad puede depender, de que las fuerzas destinadas á expulsar al producto de la concepcion no sean suficientes para el objeto sin que las resistencias que normalmente tienen que vencer hayan aumentado, ó bien de que teniendo su energía ordinaria la fuerza expulsiva, las resistencias sean mayores que en estado normal; de donde resulta que los partos difíciles se pueden dividir en los dos grupos siguientes: 1.ª Partos difíciles por insuficiencia de las contracciones; 2.ª Partos difíciles por aumento de las resistencias que se oponen á la expulsion del feto. Los partos que comprende este segundo grupo son susceptibles de subdividirse en otros dos, segun que el aumento de la resistencia normal dependa de la madre ó del producto de la concepcion.

En cuanto á los partos peligrosos, se les puede divi-

dir tambien en dos grupos, segun que el peligro dependa ó no del parto. El primer grupo solo comprende una clase; los partos excesivamente rápidos; los del segundo se han dividido segun que el peligro ataca la vida de la madre, la del feto, ó la de ambos á la vez.

Tal es la clasificacion que, con ligeras variaciones, adoptan la mayor parte de los parteros; aunque perfectamente fundada en teoría, deja de estarlo en la práctica, donde el peligro y la dificultad marchan juntos siempre. En efecto, es bien sabido, que en un parto difícil el partero no solo vence un obstáculo, sino que tambien evita un peligro tanto mas inminente y grave cuanta mayor es la dificultad; miéntras que en gran número de partos peligrosos el recurso supremo consiste en acelerar la terminacion del trabajo, esto es, en vencer obstáculos mas ó ménos grandes segun el período á que ha llegado el parto. En la clínica no solo hay coexistencia de la dificultad y del peligro, sino aun cierto grado de correlacion, de tal manera, que á medida que las dificultades son mayores, los peligros son mas graves. Debo confesar, sin embargo, que la proposicion inversa no tiene lugar; esto es, que en los partos peligrosos la magnitud del peligro no está en relacion con las dificultades por vencer.

Teniendo en cuenta las razones que acabo de aducir, y considerando que en la práctica el partero norma su conducta por la gravedad del peligro que amenaza á alguno ó á los dos séres cuya vida se le ha confiado, el Sr. Rodriguez toma como base de clasificacion el grado de gravedad del peligro y divide los partos dystócicos en tres grandes secciones, segun que el peli-

gro es ligero, grave ó gravísimo, dando á los partos de la primera seccion el nombre de *difíciles*, el de *peligrosos* á los de la segunda, y el de *imposibles* á los de la tercera.

Partiendo de estas bases ha formado el siguiente cuadro sinóptico de los diversos partos dystócicos:

X

PARTOS DYSTOCICOS

Difíciles.—Peligrosos.—Imposibles.

Seccion primera.—Partos dificiles.

Las dificultades son relativas, y por lo mismo más ó ménos superables: cuando el obstáculo sea ligero, el parto se acerca á la eutocia; pero si fuere grave, se aproxima á los de la seccion segunda (partos peligrosos).

La dificultad puede depender:

1.º De la nuliparidad, de la edad avanzada, y del estado valetudinario de la mujer.

2.º De los vicios de conformacion y de las lesiones patológicas de la pélvis que cuando mucho reduzcan los diámetros de los estrechos ó de la excavacion á 95 milímetros (causas: raquitismo, osteomalacia, luxaciones congénitas ó accidentales de uno ó ambos femures, exóstosis, encondromas osteosarcomas, osteoteatómas intrapelvianos, etc., etc.)

3.º De los vicios de conformacion congénitos ó acci-

dentales del conducto útero-vulvar (causas: bridas, cicatrices, tumores diversos reducibles ú operables, aglutinaciones y estrechamientos de la vagina, persistencia del hymen, hymen doble, estrechamientos de la vulva, trombus y edema de los grandes labios, resistencia del perineo.)

4.° Embarazo gemelar, mala conformacion del producto, desproporcion parcial ó total entre su volúmen y el calibre del canal; posiciones occípito-posteriores permanentes, inclinadas, complicadas, con tal de que puedan regularizarse natural ó artificialmente; sacro-oblícuas, posteriores y fronto-oblícuas anteriores transitorias.

5.ª Resistencia anormal de las membranas, cortedad natural ó casual del cordon umbilical.

6.° Inercia real ó aparente de la matriz, espasmo del cuerpo ó del cuello del útero bajo sus distintas formas.

Seccion 2.ª—Partos peligrosos.

El peligro es relativo á la mujer, al producto, ó á uno y otro al mismo tiempo. A veces es pasajero, y á veces les amenaza por más ó ménos tiempo hasta comprometerles y hacerles sucumbir. No obstante, una asistencia oportuna y asidua triunfa generalmente de los peligros y salva á un gran número de madres y de niños.

Los partos pueden ser peligrosos:

1.° Por el estado valetudinario grave de la mujer;

2.° Porque sea muy rápido ó muy lento;

3.° Porque haya vicios de conformacion ó lesiones patológicas que por las mismas causas ya expuestas

reduzcan los diámetros de los estrechos ó de la excavacion á 65 milímetros.

4.° Porque existan vicios de conformacion congénitos ó accidentales en el canal útero-vulvar (tumores diversos intra y extra-uterinos; oblicuidad exagerada é incorregible de la matriz, atresia del cuello, de la vagina, resistencia del perineo, etc., etc.)

5.° Embarazo gemelar, mala conformacion del producto, falta de relacion parcial ó total entre su volúmen y la capacidad del canal, presentaciones inclinadas é incorregibles del vértice ó complicadas de la caida de alguna ó algunas extremidades irreducibles; las del vértice ó de la extremidad pelviana con caida del cordon umbilical, suma cortedad natural ó accidental de éste.

6.° Despegamiento prematuro de la placenta, su insercion viciosa en el segmento inferior ó en el cuello del útero.

7.° Accidentes extraños al parto (síncopes, eclampsia, sufocacion por enfermedades orgánicas del pulmon ó del corazon, por enfisema traumático, hemorragias.)

Seccion tercera.—Partos imposibles.

La imposibilidad puede ser absoluta ó relativa; algunos partos que son imposibles por la naturaleza misma del obstáculo, pueden dejar de serlo con el auxilio de los socorros del arte.

La imposibilidad depende:

1.° De los estrechamientos de la pélvis en que los diámetros midan desde 65 hasta 25 milímetros.

2.° De obstáculos debidos á aquellos vicios de conformacion del útero, sus anexos y contiguos, que sean irreducibles é inoperables.

3.° De conformaciones viciosas del producto (anquilósis de las articulaciones, anomalías, monstruosidades), ciertos enclavamientos del feto, presentaciones de cara fronto-anteriores permanentes, y las cuatro posiciones del tronco.

Esta clasificacion, clínica ante todo, no puede adoptarse para escribir un trabajo de la naturaleza de éste en razon á que expone á muchas repeticiones, pues tendria que tratarse de un mismo obstáculo segun que fuera ligero ó más ó ménos grave; así es que, sin dejar de reconocer su mérito, sigo la generalmente recibida hoy, no porque la crea buena bajo el punto de vista práctico, conforme ya lo he dicho, sino porque se adapta mejor á mi plan, y porque la creo irreprochable si se considera la dystocia de un modo abstracto puramente.

PRIMERA PARTE.

PARTOS DIFICILES POR INSUFICIENCIA DE LA FUERZA EXPULSIVA.

La insuficiencia de la fuerza expulsiva puede depender de la inercia uterina ó de que las contracciones sean viciosas.

SECCION PRIMERA.

Inercia uterina.

Cuando el trabajo del parto marcha de un modo regular, se observa que á medida que avanza, las contracciones uterinas son mas frecuentes, de mayor intensidad y mas largas; pero en algunas circunstancias y bajo la influencia de causas que enumeraré luego, los dolores que han comenzado de un modo regular pierden despues su intensidad, su duracion es menor, y aparecen á intervalos de tiempo mayores que al principio y aun llegan á desaparecer. Otras veces, desde que los dolores aparecen, estos se presentan con un carácter marcado de debilidad é insuficiencia: tanto en este último caso como en el anterior, se dice que hay inercia uterina. Este accidente se manifiesta cuando el feto está encerrado en la cavidad de la matriz, y tambien despues que ha sido expulsado; pero entónces no consiste la inercia en la debilidad ó suspension de las contraccio-

nes, sino en la falta de contractilidad de las fibras musculares del útero; de aquí la gran division de la inercia, en inercia de las contracciones é inercia de la contractilidad, ó como quiere el Sr. Rodríguez, en inercia de la contractilidad orgánica é inercia de la contractilidad anatómica ó del tejido. De una y otra me ocuparé sucesivamente.

Inercia de las contracciones.

Ordinariamente el trabajo se desarrolla de una manera regular, y la inercia no viene sino consecutivamente: entónces los dolores á medida que avanza el tiempo son ménos intensos, su duracion y frecuencia son menores, el dolor en sí presenta algo de insólito; en lugar de seguir una marcha creciente para desaparecer despues de una manera lenta y gradual, se suspende de un modo brusco. Si se toca á la mujer durante las contracciones se observa que el cuello queda fláxido, que la fuente apénas abomba, y si ésta se ha roto, que la parte presentada apénas reduce ó no reduce sus diámetros: en un grado mas avanzado, á esta debilidad ó pereza sucede lo que realmente constituye la inercia uterina, esto es, la falta absoluta y completa de dolores.

Los peligros que presenta este accidente varían segun el período del trabajo en que aparece: en el preparatorio y en el de dilatacion son nulos para el feto, que está protegido por el líquido amniótico: para la madre, mas bien que peligros la inercia uterina solo trae la fatiga y el cansancio propios de un parto largo. En el período de expulsion no sucede lo mismo; entónces la cabeza del fe-

to se detiene largo tiempo en la excavacion, su cerebro sufre una compresion, que sin embargo de no tener ninguna influencia sobre el organismo fetal miéntras permanece encerrado en el claustro materno, [1] le vuelve impropio para regir las funciones de la vida autonómica y ésta no llega á establecerse: respecto á la madre, si se le abandona á los esfuerzos del organismo, muy pronto se la vé entrar en un estado de agitacion extrema; su fisonomía se altera, los ojos se hunden y se rodean de un círculo amoratado; su mirada expresa terror, el pulso se acelera y se concentra, la boca se seca, la lengua y los dientes se cubren de fuliginosidades, hay vómitos biliosos; á este estado sucede una postracion profunda, el coma y la muerte. Pero para llegar á este extremo, se necesitaria, ó bien un abandono criminal por parte de las personas que rodean á la parturiente, ó una suma ignorancia en el médico que la asiste; así es que esta terminacion es muy rara. En los casos mas comunes, si la cabeza ha permanecido mucho tiempo en la excavacion, ejerce una compresion sobre las partes blandas contenidas en esa cavidad: de ahí la parálisis de la vejiga y del recto, la cistítis, la inflamacion y aun la esfacela de los tabiques vésico y recto-vaginales, y consecutivamente la formacion de fístulas, la exfoliacion de la vejiga, como lo han observado los señores Vértiz, Lucio, Jimenez y Rayon, y aun la gangrena del perineo, como lo he visto en compañía de mi maes-

(1) La Teratología ha demostrado hace tiempo que las funciones del sistema nervioso no tienen ninguna influencia durante la vida intrauterina, puesto que viven y se desarrollan los fetos derencéfalos, anencéfalos, acéfalos, thlipcencéfalos, y en general los pseudo-encefalianos.

tro el Sr. D. Juan María Rodriguez, en un hecho que refiero adelante.

Además, se ha notado que aun cuando la inercia no se prolongue el tiempo suficiente para producir los accidentes que dejo enumerados, siempre se advierten despues del parto la falta de sueño, la debilidad, las congestiones del hígado y del recto, la dificultad en la expulsion de la placenta, la propension marcada á las hemorragias y á las afecciones puerperales febriles y graves. Tales son las consecuencias que trae la inercia uterina cuando se presenta en el período ya dicho; un gran número de ellas no son sino la exageracion de los fenómenos que se observan en el parto fisiológico. En efecto, el paso del feto por el canal vulvo-vaginal no puede efectuarse sin la dilatacion prévia, sin la contusion de las partes que le constituyen, y sin la compresion de las que le rodean; mas en virtud de la rapidez con que eso se efectúa en el parto fisiológico, apénas produce una ligera flegmasía que no tarda en desaparecer. Si la expulsion es muy lenta ó se suspende, las partes blandas del canal sujetas al traumatismo por mas largo tiempo resienten mas eficazmente los efectos de su influencia; ésta se hace funesta, y origina entónces las flegmasías, las parálisis, la esfacela de los tejidos, etc., etc.

Etiología.—Las causas que producen la inercia uterina son numerosas, y su conocimiento es altamente importante, puesto que él enseña al partero la conducta que debe seguir. Hé aquí las que la experiencia enseña:

Herencia.—La observacion de numerosos hechos ha venido á demostrar que la lentitud en la marcha del trabajo se trasmite por herencia de las madres á las hi-

jas; por lo demás, la frecuencia en esta trasmision, así como la causa orgánica de que depende la inercia en estas circunstancias, aun no son conocidas.

Estado enfermizo de la madre.—Cuando en los últimos meses del embarazo la mujer se encuentra atacada de alguna afeccion grave ó sometida á influencias generales que debilitan su organismo, el trabajo marcha con una excesiva lentitud que depende de la debilidad de las contracciones uterinas; sin embargo, este hecho no es muy comun, pues parece que el útero goza de cierto grado de independencia, de manera, que á pesar de una gran debilidad general excesiva puede ejercer sus funciones y desarrollar durante el parto una actividad suma.

Estado pletórico de la mujer.—Los signos que presenta la plétora en la mujer embarazada son idénticos á los que tiene fuera del embarazo: inyeccion de los tegumentos, pesantez de cabeza, zumbido de oídos, etc., etc., á los que se añade, segun Naegelé (padre), un gran espesor de las paredes uterinas y un sentimiento de pesantez en el vientre bajo. En las mujeres que presentan este estado, muy raro en nuestras embarazadas, se observa la pereza de las contracciones uterinas.

Afecciones morales.—En las personas impresionables, las afecciones morales, aun las mas ligeras, vuelven lentas las contracciones uterinas y hasta las hacen desaparecer por cierto tiempo.

Obstáculos á la expulsion del feto.—Cuando el producto de la concepcion está mal situado; cuando el canal que tiene que recorrer es estrecho ó presenta una gran resistencia; en suma, cuando hay un obstáculo mecáni-

co á la expulsion del feto, el trabajo se inaugura y prosigue como de ordinario, pero muy pronto las contracciones uterinas que tienen que vencer una resistencia mayor que la normal adquieren mas intensidad, frecuencia y duracion: si no obstante este aumento de fuerza expulsiva el obstáculo persiste y no se rompe el útero, sobreviene la inercia como en un músculo cualquiera que se ha contraido enérgicamente y por largo tiempo.

Reumatismo uterino.—Esta afeccion se desarrolla bajo las mismas causas que en los otros músculos; en la mujer en trabajo se manifiesta por los signos siguientes: la mujer siente una sensacion de tirantez en las íngles, el sacro y los lomos, la palpacion abdominal y el tacto vaginal excitan un dolor vivo, hay alternativas de calor y de frio; sin embargo, el pulso conserva su frecuencia normal ó está ligeramente acelerado: las contracciones uterinas, si el reumatismo ha precedido al trabajo, son desde un principio poco enérgicas, y se acompañan de un dolor muy vivo que no desaparece del todo en sus intervalos: si se ha desarrollado durante el trabajo, las contracciones que eran normales pierden repentinamente su energía y se vuelven muy dolorosas, su duracion disminuye y se presentan á intervalos de muy larga duracion, durante los cuales el dolor de vientre persiste aunque notablemente disminuido. Algunas veces las contracciones desaparecen; la mujer, fatigada por lo largo y penoso del trabajo duerme durante algunas horas, al cabo de las cuales despierta presa de las contracciones, que, enérgicas y regulares, terminan prontamente el parto.

Metritis.—La inflamacion de la matriz es consecutiva algunas veces al reumatismo uterino, sobre todo si para combatirle se ha hecho uso de medicamentos excitantes; otras es traumática, y con mucha frecuencia sigue á un enfriamiento brusco. Se caracteriza por los síntomas siguientes: el vientre está tenso y dolorido; es sensible á la palpacion; la vagina y el cuello uterino están secos y calientes; son dolorosos al tacto; hay sensacion de calor y de peso en la pequeña pélvis, retencion de ori na y de materias fecales, tirantez en las íngles, adormecimiento de las piernas, náuseas y vómitos biliosos; el pulso se hace pequeño, se acelera y se concentra; el calor de la piel aumenta, las contracciones uterinas son de corta duracion, pero enérgicas y sumamente dolorosas; en sus intervalos, que son muy largos, el dolor persiste aunque con menor intensidad.

La dilatacion excesiva del útero dependiente de un embarazo gemelar ó de una hidropesía del amnios adelgaza las paredes del órgano, destruye el resorte de las fibras musculares, y hace que su contraccion sea débil; no obstante, esta causa de dystocia es rara, porque tanto en el embarazo gemelar, como en la hidropesía del amnios, ordinariamente se desarrollan las contracciones uterinas luego que el órgano ha llegado á un grado de dilatacion igual al que adquiere á los nueve meses en el embarazo normal; en suma, se presenta el parto prematuro.

Por último, la replesion del estómago, de la vejiga, y del recto, un dolor vivo, cualquiera que sea su causa y su sitio, pueden debilitar y aun suspender las contracciones uterinas.

Hay aún algunos casos en los que la inercia sobreviene sin que pueda referirse á ninguna de las causas que he enumerado: á esta inercia le da el Sr. Rodriguez el nombre de real ó idiopática, reservando el de aparente ó sintomática á la que sobreviene como consecuencia de un estado patológico, sea el que fuere. Los autores hacen depender la inercia real de causas variadas: unos, y entre ellos Joulin, de la falta de accion éxcito-motriz de los nervios que se dirigen al útero: Naegelé y Grenser, de la falta de desarrollo de las fibras musculares uterinas. Estas suposiciones expresan la realidad: mas en un caso dado seria difícil decir si la inercia depende de la falta de accion nerviosa ó de la del desarrollo muscular; sin embargo, la accion de los ocytócicos puede dar alguna luz: si ésta fuere eficaz, evidentemente que el desarrollo muscular del útero es completo, é imperfecto en el caso contrario.

Diagnóstico.—La inercia uterina es de un diagnóstico fácil; la falta de dolores ó su poca intensidad relativamente al tiempo trascurrido desde el principio del trabajo, son sus síntomas patognomónicos; pero no basta establecer que hay inercia, sino tambien si es esencial ó sintomática, para lo cual se buscará con cuidado si acaso existe, en los antecedentes de la enferma, en su estado general ó en sus órganos génito-urinarios ó digestivos alguna de las causas que hemos enumerado como capaces de producir la inercia, en cuyo caso se considerará ésta como sintomática; por el contrario, si dicha investigacion da resultados negativos, será esencial.

Pronóstico.—El pronóstico queda incluido en lo que

ya he dicho sobre los peligros que trae la inercia, y por lo mismo me parece inútil ocuparme de él una nueva vez.

Tratamiento.—Variará segun que la inercia sea real ó aparente, y segun el período del trabajo en que se presente. Si se trata de la inercia real y el accidente aparece durante los dos primeros períodos del trabajo, lo mas prudente será esperar, porque ni la madre ni el producto corren peligro, y porque la experiencia ha demostrado que un parto lento durante los dos primeros períodos, rota una vez la fuente marcha con bastante rapidez; pero si la inercia sobreviene durante el período de expulsion, habrá necesidad de acelerar las contracciones: con este objeto se administrará el cuernecillo de centeno siempre que se hallen reunidas las siguientes condiciones determinadas de esta manera por el Sr. Rodriguez: mujer multípara, embarazo simple intra-uterino, buena conformacion de la pélvis y del canal útero-vulvar, presentacion de vértice, posicion occípito-anterior, y que la cabeza no esté cerca del piso perineal. Si tales condiciones no se encuentran reunidas, habrá que hacer el parto manual ó se aplicará el forceps.

En la inercia aparente ó sintomática, la conducta del partero variará segun fuere la causa que la determine. Si la inercia es hereditaria, se seguirá la misma que en el caso de inercia real; si se trata de una mujer cuya constitucion esté debilitada, se cuidará de reponer sus fuerzas durante los dos primeros períodos del trabajo: con este objeto se le administrarán sustancias reparadoras á la vez que fáciles de digerir, prefiriendo en todo caso el buen caldo y los vinos generosos; se hará lo posible para

que no agote su organismo en esfuerzos inútiles durante estos dos períodos, y se la estimulará á que ande, pues la experiencia enseña que en tales casos este medio basta para excitar las contracciones; ademas se sostendrá su moral: si no obstante estos medios llega el período de expulsion y la inercia continúa, habrá necesidad de acelerar el trabajo, bien sea por medio de los ocytócicos, ó haciendo el parto artificial cuando aquellos estuvieren contraindicados.

Cuando la inercia uterina depende del estado pletórico general ó local, el mejor medio para combatirle consiste en la sangría general; sin embargo, no debe apresurarse á recurrir á este medio durante los dos primeros períodos del trabajo, porque, como ya he dicho, no hay durante ellos peligro para la madre ni para el producto, y hay algunas probabilidades de que rota la fuente desaparezca la inercia: por otra parte, esta reserva en el empleo de la sangría me parece plenamente justificada si se recuerda lo poco comun que es aqui el estado pletórico en las mujeres embarazadas, y lo fácil que es confundirlo con la hydrohemia.

Si hubiese algun obstáculo á la expulsion del feto, y éste trajere la inercia de las contracciones, el partero no se ocupará de ésta, sino del obstáculo que debe allanar por los medios apropiados.

En el reumatismo uterino se evitarán los medios que excitan las contracciones, y que solo tendrian por resultado exponer á la parturiente al desarrollo de la metritis: lo mejor es atacar el reumatismo, cualquiera que sea el período del trabajo en que se presente: en los casos ligeros, los baños tibios y las fricciones laudanizadas

serán suficientes; en los mas graves, á los medios anteriores se añadirán las lavativas laudanizadas, y las inhalaciones de cloroformo llevadas hasta la anestesia.

A la metritis, cualquiera que sea el período en que se presente, se la combatirá con rapidez y energía, para lo cual durante el período de dilatacion se hará uso de los antiflogísticos y emolientes; pero inmediatamente que el cuello esté dilatado y rota la fuente se procederá á la extraccion del feto, teniendo cuidado de que el traumatismo sea el menor posible. Obrando de esta manera se evitará que la flegmasía tome mayor intensidad.

Si la debilidad uterina viene de una dilatacion excesiva del útero dependiente de una hidropesía del amnios ó de la presencia de dos ó más fetos, el partero se limitará durante la dilatacion á sostener al útero por medio de un vendaje ancho, y hará que la mujer ande; de esta manera la matriz tendrá un punto de apoyo y entrará en contraccion con mas facilidad y frecuencia: una vez que el cuello esté dilatado, si hay hidropesía amniótica, se romperá la fuente, y en caso de no ser esto suficiente, se recurrirá á los acytócicos, ó se hará el parto artificial si hubiere alguna contraindicacion; en el caso de embarazo gemelar está contraindicado el *cuernecillo de centeno, que al aumentar la fuerza expulsiva* podria hacer que los dos fetos descendiesen simultáneamente á la excavacion, y se enclavasen: lo mejor será suplir los esfuerzos agotados del organismo haciendo el parto artificial con las precauciones que requiera el caso.

Los vomitivos, las lavativas laxantes y el uso de la sonda, las fricciones narcóticas y el uso del cloroformo llevado hasta la anestesia, son los medios que deben em-

plearse cuando la inercia sea consecutiva á la replesion del estómago, del recto y de la vejiga, así como de dolores agudos.

En fin: si impresiones morales impiden la marcha del trabajo, queda á la sagacidad del médico descubrir cuáles sean, y hacer lo posible para mitigarlas ó disiparlas por completo.

Inercia de la contractilidad anatómica.

Este accidente consiste en la falta de tonicidad de las fibras uterinas, lo que hace que el útero una vez desocupado no vuelva sobre sí propio en el último período del parto; puede presentarse aún despues que haya sido expulsada la placenta, y en este caso lleva el nombre de consecutiva.

El peligro de la falta de tonicidad consiste en la hemorragia que por lo general la acompaña; accidente que fácilmente se explica si se recuerda el papel que la tonicidad uterina desempeña en el despegamiento de la placenta. En efecto; es bien sabido que despues de la expulsion del producto el útero vuelve sobre sí en virtud de su propiedad de tejido, llamada tonicidad ó retractilidad; que la placenta, compuesta de un tejido poco elástico, no le puede seguir en su movimiento de retraccion, lo que produce el atirantamiento y desgarradura del tejido célulo-vascular que une á las placentas fetal y materna, así como la rotura de los vasos de esta última; rotura que trae la ligera hemorragia que sigue á dicha expulsion y que es uno de los signos que indican el despegamiento de la placenta, y la cual se suspende á poco tiempo porque en

el estado fisiológico la retractilidad uterina es suficientemente enérgica para cegar el calibre de los numerosos vasos que se distribuyen en la capa chiasmática. Si la retractilidad es bastante para producir el despegamiento de la placenta, pero insuficiente para obturar los vasos de la capa chiasmática, ellos quedan permeables á la sangre y la hemorragia tiene lugar en tanto que la contractilidad no viene á suspenderla.

Por cuanto acabo de decir se ve, que para que la inercia de la contractilidad anatómica sea peligrosa es necesario que el despegamiento de la placenta sea completo ó solo incompleto: cuando se presenta sin que existan estas circunstancias, solo tiene el inconveniente de retardar el despegamiento de la placenta, y por consiguiente su expulsion.

Algunas veces, por desgracia, el despegamiento de la placenta comienza á tener lugar bajo el influjo de la retractilidad misma, que, como es muy natural, sigue paso á paso la desocupacion del útero; si en estas circunstancias sobreviene la inercia, la hemorragia es inevitable aún inmediatamente despues de la expulsion del producto.

He dicho que el accidente de que hablo puede presentarse consecutivamente: le acompañan entonces los mismos peligros por idénticos motivos.

Diagnóstico.—Hay dos signos característicos de la inercia anatómica: el gran volúmen que conserva el útero despues de la expulsion del producto, y la flaxidez de sus paredes; á êstas podria agregarse la hemorragia y la retencion de la placenta, pero ninguno de ellos es patognomónico, pues aunque en general acompañen á la

falta de tonicidad, faltan algunas veces y otras se presentan sin que dependan de ella.

El pronóstico es grave en razon de la hemorragia, y por lo mismo está enteramente subordinado á la importancia de ésta.

Causas.—Toda causa capaz de producir la inercia de las contracciones orgánicas predispone á la inercia anatómica: entre ellas, las que traen este accidente con mas frecuencia, son: la dilatacion excesiva del útero cualquiera que sea su causa (embarazo gemelar, hidropesía del amnios, tumores intrauterinos). En estos casos el atirantamiento á que han estado sujetas las fibras musculares de sus diversos planos, destruye su elasticidad y hace que no puedan volver sobre sí.

Un trabajo lento y penoso que haya agotado la contractilidad del útero obligándole á ejecutar contracciones enérgicas y largas, trae consigo, con mucha frecuencia, la inercia anatómica.

Tambien se ha señalado la suma rapidez del parto como capaz de producir la inercia anatómica, á consecuencia del estupor de las paredes uterinas.

Mad. Lachapelle habla asimismo de las adherencias entre el epiplon y el útero como susceptible de oponerse mecánicamente á la retraccion de este último; mas no se ha citado aún un solo hecho en favor de esta asercion puramente teórica, aunque posible.

Por último; las adherencias anormales de la placenta, y la presencia de coágulos voluminosos en el interior de la cavidad uterina, traen hemorragias semejantes á las que produce la inercia, no porque sean su causa determinante, sino porque de un modo mecánico se

oponen á que la tonicidad determine su accion hemostática.

Tratamiento.

Varia segun que la placenta esté completamente adherida ó más ó ménos despegada.

En el primer caso hay que limitarse á esperar el desarrollo espontáneo de la contractilidad anatómica, ó cuando mas se la excitará haciendo con la palma de la mano ligeras fricciones sobre el vientre de la mujer: nunca se harán tracciones sobre el cordon umbilical con objeto de desprender la placenta, porque esto podria traer la rotura del cordon ó una hemorragia, fatal á la paciente por el estado de inercia de la matriz: el uso de los ocytócicos, sobre todo del cuernecillo de centeno de que tanto se abusa en estos casos, es muy peligroso, porque si es cierto que bajo su influencia se desarrolla la tonicidad del órgano y se determina el despegamiento de la placenta, la matriz es desde luego presa de una especie de estado tetánico, que impide la expulsion de los anexos del feto que hace muy difícil y peligrosa su extraccion, y aun se dan casos en que ésta llega á ser imposible. Entónces la recien-parida queda expuesta á hemorragias frecuentes, á la descomposicion pútrida de la placenta, y á los accidentes mortales que determinan la absorcion de los elementos scépticos.

En el segundo caso, cuando la placenta esté completa ó incompletamente desprendida, el partero se apresurará á contener la hemorragia que en unos cuantos instantes puede poner en peligro la vida de la recien-parida: para

esto ejecutará en el acto la extraccion de los anexos del feto y de los coágulos que se encuentran dentro de la cavidad uterina, al mismo tiempo un ayudante comprimirá la aorta. A veces la simple excitacion que produce la mano al practicar la extraccion de la placenta basta para provocar la tonicidad; pero en otras no sucede lo mismo. Tanto en este caso, como en el anterior, deberá administrarse el cuernecillo de centeno con objeto de mantener la tonicidad ó de desarrollarla. En este último, la compresion de la aorta continuará hasta que el cuernecillo ejerza su accion hemostática.

Tales son los medios que he visto poner en práctica en los casos de hemorragia puerperal por inercia de la matriz, y hasta ahora no recuerdo que su accion haya fallado una sola vez. Sin embargo, no todos les conceden igual confianza. Así Jacquemier cree que la compresion de la aorta es mas bien dañosa que útil, porque la hemorragia, dice, se efectúa sobre todo por las anchas bocas venosas que el despegamiento de la placenta ha dejado abiertas en la cara interna de la matriz, y la compresion de la aorta debe tener por efecto hacer refluir la sangre venosa hácia la vena cava inferior y sus confluentes, lo que indudablemente traerá un aumento en la hemorragia. Cazeaux admite en parte las ideas de Jacquemier; pero no pudiendo resistir á la lógica de los hechos atribuye los buenos resultados de la compresion aórtica á la compresion simultánea de la vena cava, vaso que por sus estrechas relaciones con la aorta debe ser comprimido al mismo tiempo que ésta. [1]

Cazeaux. Accouchements, página 908.

La opinion de Jacquemier no tiene ningun valor, puesto que diariamente es desmentida por los hechos. Por otra parte, su teoría es errónea, porque suponiendo que la compresion de la aorta produjera el infarto de la vena cava inferior y de sus afluentes, no por eso dejaria de suspender la hemorragia, pues dicha compresion suspende la corriente sanguínea en los vasos arteriales y venosos de las partes del cuerpo situadas abajo del punto donde se ejerce; por consiguiente la sangre no tiene ninguna tendencia á derramarse fuera de los vasos. ¿No vemos diariamente en la flebotomía que cuando la ligadura del brazo es bastante fuerte para interrumpir la circulacion arterial, la abertura de la vena no da sangre no obstante el infarto del sistema venoso que aquella produce?

En cuanto á la opinion de Cazeaux, la creo tambien enteramente falsa; para refutarla me bastará recordar que las hemorragias venosas aumentan por la compresion del vaso entre la herida y el corazon.

Algunas personas á falta de razones se apoyan en los hechos, y creen que la compresion de la aorta es inútil porque la han visto fracasar algunas veces. Pero ¿puede asegurarse que la compresion de la aorta haya sido bien hecha en tales casos? ¿No habrá sucedido entónces lo que ha pasado en otras muchas operaciones, que el operador, poco hábil, atribuya á la operacion los funestos resultados de su torpeza? Mucho me lo temo y casi podria asegurarlo, porque, repito, hasta ahora no he visto fracasar una sola vez la compresion de la aorta, cuando ha sido bien hecha.

He recomendado que ántes de la administracion del centeno se proceda á la extraccion de las secundinas y

de los coágulos, y hay dos razones para obrar de este modo: 1.ª El cuernecillo de centeno produce una contraccion permanente de la matriz, especie de estado tetánico que aunque despega la placenta retiene á ésta en la cavidad uterina, donde no tarda en podrirse ocasionando la fiebre de reabsorcion; 2.ª Si la placenta es voluminosa y hay una gran cantidad de coágulos en el interior del útero, una y otros se oponen mecánicamente á que este órgano vuelva completamente sobre sí; de consiguiente su capa vascular queda dilatada, y la hemorragia continúa no obstante la administracion del centeno. A esto agregaré que la rigidez del útero impide introducir la mano en su cavidad para quitar el obstáculo que se opone á su clausura y mantiene la hemorragia.

Ademas de los medios enumerados, hay algunos otros recomendados por todos los autores; tales son las aplicaciones frias sobre el vientre, la succion de los pezones, la aplicacion de sinapismos en la region escapular y bajo de los pechos, la excitacion del útero por medio de la mano, y los diversos modos de taponamiento. Trataré de apreciar su manera de obrar y su grado de utilidad.

Las aplicaciones frias sobre el vientre (fomentos con agua fria, pulverizaciones con éter sulfúrico), la succion de los senos y la aplicacion de sinapismos, obran excitando por accion refleja la tonicidad uterina: estos medios presentan la ventaja de que para ponerlos en práctica se emplean agentes, como el agua fria, la mostaza, etc., etc., que se encuentran en todas partes; de manera que puede ocurrirse á ellos cuando el partero haya olvidado tener á prevencion el cuernecillo de centeno; sin embargo, su

accion, como la de todas las causas que provocan fenómenos reflejos, no siempre es seguida de los efectos que se desean.

Con las inyecciones uterinas de líquidos hemostáticos se han obtenido algunos buenos resultados, pero creo que los autores no han sabido apreciar su manera de obrar, puesto que todos creen que estos líquidos contienen la hemorragia puerperal de la misma manera que á las hemorragias ordinarias; opinion que está muy lejos de estar conforme con lo que sabemos sobre hemostasis. En efecto; es bien sabido que los líquidos que gozan de propiedades hemostáticas obran excitando la contractilidad de los vasos ó coagulando la sangre; por consiguiente, para que su accion sea eficaz es necesario ó que el vaso sea de pequeño calibre para que pueda obturarse por su contraccion, ó que la corriente sanguínea sea bastante débil para que no pueda desalojar al coágulo formado; en suma, que se trate del sistema capilar ó de vasos casi capilares: pues bien, en este caso, no se trata de ellos, sino de gruesas venas rodeadas de tejido muscular, y por lo mismo no debe esperarse su obliteracion, ni por la contractilidad propia de sus paredes, ni por la coagulacion de la sangre en su interior. Además, otra de las condiciones para que los líquidos hemostáticos obren como tales, es que su contacto con la fuente de la hemorragia se prolongue durante algun tiempo; condicion que no llenan las inyecciones uterinas, porque el líquido que se inyecta en el interior del órgano es arrastrado rápidamente hácia afuera por la corriente sanguínea. Fundándome en las razones que acabo de dar, creo con el Sr. Rodriguez, que la inyeccion de lí-

quidos en las hemorragias puerperales no obra en virtud de las propiedades hemostáticas de estos, sino simplemente como excitantes mecánicos que por accion refleja desarrollan la tonicidad uterina. Si esto fuere así, creo que deberia desecharse los que tienen una accion escarótica, como las soluciones de ácido nítrico y percloruro de fierro, que sin ventaja manifiesta sobre los otros tienen el grave inconveniente de provocar la metrítis.

En cuanto á la eficacia de las inyecciones, bástome decir que obran por accion refleja; de consiguiente unas veces obran bien, y otras no producen ningun efecto.

La excitacion directa del útero que se hace colocando las manos sobre el vientre de la enferma y friccionando esta region de manera que el útero sea comprimido y malaxazado en todos sentidos, ó llevando una mano al interior del órgano para excitar su cara interna mientras que con la otra aplicada sobre el vientre se hacen fricciones, es, despues del cuernecillo de centeno, el medio mas poderoso para excitar la tonicidad: aunque obre por accion refleja, tal vez en razon de su energía es mucho mas seguro que los otros medios que obran de la propia manera, como las aplicaciones frias, la succion de los pezones, etc., etc.

La excitacion directa del útero comprende tambien la simple compresion del órgano, que se ejecuta colocando las manos en la region hipogástrica y comprimiendo con fuerza para aplicar una contra otra las paredes uterinas: la compresion no solo obra por accion refleja, sino que tambien disminuye mecánicamente el calibre de los vasos que vierten sangre, lo cual tiene la no pequeña

ventaja de impedir que una hemorragia externa se convierta en interna. Yo he visto á este medio surtir de una manera admirable en manos del Sr. Rodriguez, quien no cesa de recomendarle.

Por último, se ha opuesto á las hemorragias puerperales el taponamiento de la vagina y aun el del útero, llevando á su interior una vejiga que por diversos mecanismos se dilata dentro de su cavidad: con el taponamiento de la vagina solo se consigue que la hemorragia externa se convierta en interna, en razon de la dilatabilidad de que las paredes uterinas son susceptibles en virtud de la inercia. La hemorragia interna puede ser bastante abundante para causar la muerte, y difícil de evitar, porque las hemorragias internas solo se dan á conocer cuando presentan los síntomas generales de las hemorragias graves. Por otra parte, si el taponamiento ha sido bien hecho, si despues de su aplicacion no hay ningun escurrimento sanguíneo, el médico y las personas que rodean á la recien-parida pueden creerla fuera de todo peligro al grado de aconsejarla el reposo: ella, fatigada por el parto y debilitada por la pérdida sanguínea, se entrega al sueño sin recelo, y pronto se queda dormida para no volver á despertar jamas: el sueño la impide sentir los síntomas generales de la hemorragia que continúa haciéndose en el interior del útero, y la muerte sobreviene sin que fenómeno alguno aparente y alarmante llame la atencion de las personas que respetan ese falaz sosiego.

En cuanto al taponamiento de la cavidad uterina por medio de una vejiga, se ha propuesto con objeto de comprimir directamente los orificios de los vasos que

dan sangre; pero se ha olvidado que en el estado de inercia las paredes uterinas, no pueden oponer la resistencia necesaria para que dicha compresion sea suficiente y se contenga la hemorragia: la vejiga se opone mecánicamente á la retraccion del útero, y en tal virtud tiene un efecto contraproducente.

Tal vez podria reprochárseme haber confundido el tratamiento de la inercia atónica con el de la hemorragia puerperal, pero esta confusion solo es aparente; porque si se reflexiona un poco, se verá que todos los medios propuestos, excepto los que obran mecánicamente disminuyendo el calibre de los vasos ó impidiendo la llegada de la sangre, van á obrar excitando la tonicidad uterina, y por consiguiente directamente contra la inercia. Si en los tratados de tocología se les recomienda como hemostáticos, esto depende de que la inercia anatómica y la hemorragia puerperal son accidentes que se presentan siempre juntos, siendo el primero causa del segundo, y el mas importante, por los peligros á que expone á la enferma y porque no desaparece en tanto que la inercia persiste.

SECCION SEGUNDA.

Contracciones viciosas.

Hay algunos casos en que las contracciones uterinas en lugar de ser generales solo afectan una porcion del órgano; otros hay en que los dolores toman un carácter tetánico; y algunos se ven en que hay una contraccion

general del útero, pero exagerada en ciertas porciones del órgano. Cuando se presentan estas anomalías se dice que las contracciones son viciosas, espasmódicas é irregulares.

Se han descrito tres formas de contracciones viciosas: las contracciones parciales, el tétanos, y el estrangulamiento uterino; todas ellas son grados de una misma afeccion; se suceden, se combinan, se desarrollan bajo la influencia de las mismas causas, y ceden al propio tratamiento.

En las contracciones parciales se ve la contraccion espasmódica limitada á una porcion del órgano, miéntras que el resto queda en inaccion: la parte que se contrae puede ser el fondo, uno de los lados, el segmento inferior ó una porcion mas ó menos limitada de las caras. Las contracciones parciales son dolorosas é intermitentes como las normales, con las que á veces alternan; pero el dolor que acompaña á la contraccion parcial no presenta esa intensidad sucesivamente creciente y decreciente de los dolores regulares, sino que adquiriendo su mayor grado de fuerza desde que se presenta, desaparece en seguida de un modo súbito. Si se palpa el cuerpo uterino durante un dolor, se encuentra en el sitio de la contraccion espasmódica una eminencia ó gibosidad mas ó menos extensa, dura y dolorosa á la presion; la consistencia allí es enteramente igual á la que el útero adquiere durante el dolor en el parto normal; el resto de las paredes del órgano conserva su elasticidad é indolencia: en el intervalo de los dolores recobra su forma normal porque desaparece la gibosidad, y solo queda en el lugar donde estaba situada un dolor que

se despierta á la presion. El orificio uterino no presenta nada de notable á no ser que la contraccion afecte asimismo al segmento inferior, en cuyo caso se le vé ponerse rígido y disminuir su dilatacion á cada dolor en virtud de la falta de contraccion del cuerpo. Las contracciones parciales cambian de sitio con suma facilidad: al presentarse comienzan alternando con las generales, á las que despues de cierto tiempo sustituyen del todo; pueden desaparecer espontáneamente al cabo de cierto tiempo, y á veces son seguidas de tétanos uterino.

El tétanos uterino consiste en una contraccion dolorosa y permanente del cuerpo y del cuello del útero, que se exacerba de tiempo en tiempo.

En el tétanos uterino hay un dolor continuo que aumenta á intervalos que no es raro ofrezcan alguna regularidad; por la palpacion abdominal se reconoce que el útero está muy duro y doloroso á la presion; la dureza aumenta en los momentos en que el dolor se exacerba. Todo esto indica que el útero es el sitio de una contraccion contínua cuya energía aumenta de un modo intermitente: no obstante la continuidad y energía de las contracciones se suspende la marcha del trabajo, porque el orificio uterino se halla espasmódicamente contraido, lo que como veremos al tratar de la rigidez espasmódica del orificio se opone á su dilatacion.

El estrangulamiento uterino consiste en la contraccion permanente de una faja ó zona circular del cuerpo del útero, que divide á dicho órgano en dos porciones globulosas unidas por un anillo estrecho haciendo que

adquiera la forma de un calabazo de peregrino. Las dos porciones globulosas en que el útero se encuentra dividido se contraen tetánicamente, y la faja circular es sitio de un dolor agudo que se exaspera por la presion; el estado del orificio es el mismo que en el tétanos uterino: en suma, el estrangulamiento uterino es una contraccion espasmódica general exagerada en una faja circular del órgano.

Cualquiera que sea la forma que afecten las contracciones viciosas pronto se complican de síntomas que vuelven muy angustiosa la situacion de la parturiente. Aparecen dolores en el sacro, que se irradian hácia la region lumbar, las íngles y las piernas, y siguen el trayecto del nervio sciático; la mujer entra en un estado de agitacion extrema, tiene hipo, tos, vómitos y calambres muy dolorosos en las pantorrillas; si se prolonga este estado sobrevienen síncopes y convulsiones generales, á las que suceden el coma y la muerte.

Las contracciones viciosas, cualquiera que sea su forma, suspenden la marcha del trabajo. Si se presentan desde el principio del parto, el orificio no se dilata, ó si ya habia comenzado su dilatacion, se suspende ésta, y aun no es raro que retroceda, sobre todo en el tétanos y en el estrangulamiento, porque, como ya lo he dicho, el orificio es sitio de una contraccion espasmódica. Si los dolores son viciosos durante la expulsion, ésta se suspende igualmente, porque la contraccion del orificio ó de la faja circular en el tétanos y en el estrangulamiento aplican al cuerpo del feto una especie de liga circular que nulifica al esfuerzo expulsivo de las contracciones. Por último, el espasmo uterino produce el encasquillamiento

ó encarcelamiento de la placenta, cuando aquel se presenta ántes de la expulsion de dicho anexo.

Etiologia.—Las contracciones espasmódicas se observan especialmente en las multíparas y en las que padecen afecciones nerviosas convulsivas. Las causas que de ordinario producen este accidente, son: las emociones morales vivas, como el miedo, la ira, etc.; el tacto vaginal repetido con frecuencia, sobre todo si se hacen maniobras para dilatar el orificio ó corregir su oblicuidad; las fricciones sobre el útero con objeto de excitar su contraccion; la administracion del cuernecillo de centeno en los casos en que está contraindicado, y el escurrimiento prematuro de las aguas. Parece que son muy comunes en los partos rápidos y en los que se terminan artificialmente; en ambos casos producen el encarcelamiento de la placenta.

Diagnóstico.—Los signos suministrados por la palpacion abdominal son suficientes para establecer el diagnóstico de una manera segura. Cuando las contracciones son parciales, el útero durante el dolor pierde su forma globulosa, y en el sitio de la contraccion aparece un abultamiento ó gibosidad dura y dolorosa al tacto, miéntras que el resto del órgano persiste suave y elástico. Como estos signos solo se presentan en las contracciones parciales, no se les puede confundir con ninguna otra causa de dystocia. El tétanos y el estrangulamiento uterinos se reconocen por el dolor continuo y exacerbante, por la accion suspensiva que tienen sobre la marcha del trabajo, así como tambien por los síntomas simpáticos que á veces les acompañan.

Pueden confundirse con el reumatismo y la metritis;

pero se distinguen entre sí, porque en estas dos últimas afecciones el útero es suave y depresible en el intervalo de las contracciones, miéntras que en el tétanos y en el estrangulamiento está contraido de un modo permanente, siempre está duro, y no se deja deprimir: ademas, en la metritis hay calentura, y los síntomas simpáticos son mucho mas graves.

El tétanos y el estrangulamiento se distinguen entre sí, porque en el primero el útero conserva su figura globulosa, miéntras que en el segundo adquiere una forma bilobada.

Pronóstico.—Cuando no se ha roto todavía la fuente, las contracciones parciales pueden hacer cambiar la presentacion y convertirla de longitudinal en transversal, ó al contrario, como se observa en las versiones espontáneas. El tétanos y el estrangulamiento solo retardan la marcha del parto sin que por ello venga algun peligro serio á la madre ó al producto. Si despues de rota la fuente no desaparece el estado espasmódico del útero, la mujer puede morir de agotamiento nervioso, ó si el espasmo no se ha prolongado el tiempo suficiente para producir ese funesto resultado, queda sujeta á las consecuencias de los partos largos y laboriosos que ya he expuesto al hablar de la inercia. Respecto del feto, el accidente á que está sujeto es la muerte aparente ó real, en virtud del estorbo más ó ménos considerable que opone á la circulacion de ambas placentas la contraccion permanente ó espasmódica de la matriz.

Tratamiento.—Si las contracciones son parciales y poco dolorosas, bastará recurrir á un baño general tibio y prolongado; si esto no fuere suficiente, se recurrirá á la ad-

ministracion de pequeñas lavativas de agua comun con diez ó quince gotas de láudano de Sydenham, que se repiten cada cuarto de hora ó cada média segun es necesario. Los mismos medios, y ademas las inhalaciones de cloroformo hasta lograr la anestesia, convienen igualmente en el tétanos y en el estrangulamiento uterinos.

SEGUNDA PARTE.

Dystocia por aumento de las resistencias que oponen á la expulsion del producto de la concepcion el canal pelviano y el vulvo-uterino.

SECCION PRIMERA.

Obstáculos que opone el canal pelviano.

El canal pelviano solo puede oponerse á la expulsion del feto por su estrechamiento; esto es, porque algunos ó varios de sus diámetros tengan menor longitud que al estado normal.

Los estrechamientos de la pelvis presentan numerosas diferencias, por su desarrollo, por su forma y por su influencia sobre la marcha del trabajo.

Las diferencias mas importantes que pueden presentarse bajo el punto de vista teórico-práctico consisten en que unas ocasiones el estrechamiento afecta á la pel-

vis de un modo igual y uniforme, es decir, que todos sus diámetros están proporcionalmente disminuidos, y otras, de una manera desigual y desproporcionada, en cuyo caso cambia su forma á la par que las dimensiones que ordinariamente tienen aquellos. Esta diferencia de las pelvis estrechas sirvió á Dubois de base para hacer la clasificacion que con ligeras variaciones ha sido adoptada despues por casi todos los parteros modernos, y que Pajot con la claridad y precision que le son habituales ha compendiado en el cuadro sinóptico que sigue:

CLASIFICACION DE LOS VICIOS DE CONFORMACION DE LA PELVIS EN LA MUJER (Segun Pajot.)

PELVIS VICIADA POR ESTRECHEZ (Muy importante.)	Absoluta, de Velpeau, ó con perfeccion de formas, de Dubois.		En las mujeres de buena talla no se sospecha el estrechamiento, los huesos son normales en cuanto á su forma, consistencia, etc. En las enanas, los huesos conservan los caractéres propios de la niñez.
	Relativa, de Velpeau, ó con deformacion de los huesos, de Dubois.	Por compresion antero-posterior, aplanamiento de delante á atrás, de Dubois.	1º La compresion se ha hecho solo sobre el estrecho superior–*prominencia del ángulo sacro-vertebral;* escavacion y estrecho inferior normales ó mas grandes. 2º Sacro plano ó aun convexo y proyectado hácia delante. Estrecho superior y escavacion estrechados. 3º Proyeccion hácia delante del ángulo sacro-vertebral, proyeccion en el mismo sentido de la punta del sacro, curva del hueso excesivamente exagerada.—Estrecho superior é inferior estrechados.—Escavacion agrandada. 4º Sínfisis del pubis aplanada, prominente hácia dentro ó muy alargada: *barrure* ú oblícua de fuera hácia dentro.
		Por compresion oblícua, hundimiento de las paredes antero-laterales, de Dubois.	1º De un solo lado, salida de la superficie cuadrilátera que corresponde al fondo de la cavidad cotiloide.—Diámetro oblícuo estrecho. 2º De los dos lados, separacion y canal estrecha formada por los dos pubis.—Diámetros oblícuos estrechos, antero-posterior alargado, pero que no permite el paso de la cabeza. 3º Pélvis oblícuo-ovalar de Naegelé. Anquilosis de una de las sínfisis sacro-ilíacas. Cazeaux y yo negamos la importancia de este carácter: (falta de desarrollo de una mitad del sacro y del hueso ilíaco del mismo lado) el del opuesto, regular en apariencia, está sin embargo deforme, &c.
		Por compresion trasversal, de uno á otro lado, de Dubois.	1º Aproximacion de las tuberosidades isquiáticas y de los brazos isquio-pubianos. Estrecho inferior estrechado. 2º Uno de los lados de la pélvis ménos desarrollado que el otro. La columna lumbar no está en el centro.
		Por compresiones combinadas.	Pélvis bilobadas, triangulares, reniformes, cordiformes, piramidales, trilobadas, trapezoides, etc., etc., de Mad. Lachapelle.

Todas estas variedades de vicios de conformacion de la pelvis están minuciosamente descritas en los autores clásicos, por lo que solo me ocuparé de la que es conocida entre los franceses con el nombre de *barrure*, y á la que el Sr. Rodriguez ha propuesto llamar *acorazada* á falta de una buena traduccion de aquella palabra, y con objeto de desterrar los galicismos de nuestro lenguaje científico.

Se llama pelvis acorazada á aquella en que la sínfisis pubiana se aproxima al ángulo sacro-vertebral, y mas comunmente á aquella en la que el pubis tiene una longitud mayor que la normal á la vez que se pronuncia su inclinacion hácia atras. En esta segunda variedad de pelvis acorazada, la mas importante entre nosotros por su frecuencia, el aumento de longitud de la sínfisis solo tiene lugar hácia abajo, de manera que mientras el diámetro antero-posterior del estrecho abdominal conserva sus dimensiones normales, los de la excavacion y estrecho inferior se estrechan; pero con esta particularidad, que el estrechamiento, poco ó nada marcado en la parte superior de la excavacion, va haciéndose mas notable á medida que se desciende al estrecho perineal, donde tiene su máximum. Esto se comprende con facilidad si se tiene presente que la parte alta de la sínfisis pubiana no es desalojada, y que las demás, por el contrario, en virtud de su inclinacion hácia atrás, se van aproximando á la pared posterior de la pelvis, tanto mas, cuanto se hallan situadas mas inferiormente. Si la inclinacion del pubis hácia atrás produce sobre todo el estrechamiento de la excavacion, su aumento de longitud

disminuyendo la distancia que normalmente debe haber entre el vértice del arco pubiano y la punta del coxis, estrecha el diámetro antero-posterior del estrecho perineal.

En las mujeres que tienen el vicio de conformacion de que me ocupo en este momento, la vulva está situada muy atrás y mira casi directamente hácia abajo. [1] Al hacer el tacto vaginal se nota que no obstante que el dedo es llevado, como es de regla, de abajo arriba y de delante atrás, roza con el arco del pubis que está muy bajo, y que su extremidad toca fácilmente la punta del coxis y aun la cara anterior del sacro. Estas circunstancias dan á conocer que hay un estrechamiento de los diámetros antero-posteriores de la excavacion y del estrecho inferior, del que muy pronto acaba uno de darse cuenta llevando el dedo detrás de la sínfisis del pubis, y advirtiendo que tiene una altura mayor de la normal y que se inclina exageradamente hácia atrás.

La pelvis acorazada opone un obstáculo mas ó ménos insuperable á la marcha del parto impidiendo ó dificultando cuando ménos el descenso de la cabeza á la excavacion; y como los diámetros estrechos lo son tanto mas cuanto que son mas inferiores, las resistencias que la cabeza encuentra en los acorazamientos exagerados van siendo mayores cada vez, hasta que llega el momento que son insuperables: entónces la cabeza se de-

1 El Dr. Schmidtlein ha observado que en las mexicanas es muy comun esta situacion de la vulva: ántes de él el Sr. Rodriguez habia hecho ya la misma observacion. Este profesor atribuye este hecho á que el acorazamiento es mas comun de lo que se cree en nuestras mujeres, aunque raras veces llega al grado de constituir un obstáculo serio para el parto.

tiene y comprime los tejidos blandos contenidos en la cavidad con tanta mayor intensidad cuanto mayor sea el estrechamiento y las contracciones mas enérgicas.

La dystocia por el aumento de altura de la pared anterior de la excavacion es explicada, satisfactoriamente en mi concepto, por el Sr. Rodriguez. Hé aquí cómo se expresa acerca de ella este profesor en una de sus lecciones orales de obstetricia dadas el año próximo pasado.

«Cuando el cuerpo del pubis mide una altura mayor «de la ordinaria, á más de que retarda el movimiento «de descenso de la parte presentada porque recorre un «canal que va estrechándose poco á poco y porque tie- «ne que andar mayor espacio, le limita ó le interrum- «pe si esa altura es muy considerable aun cuando se «trate de las posiciones mas ventajosas del vértice y de «la cara, las *occípito-anteriores* y las *fronto-posteriores;* y «es clara la razon.

«En los casos de pelvis normal, al concluir los movi- «mientos de descendimiento y rotacion, la region pos- «terior del cuello del feto en las de vértice, y la ante- «rior en las de cara, miden con exactitud la altura de «la pared, por lo que el occipital ó la barba salen lue- «go fuera del arco pubiano, se disminuye con eso la «longitud de los diámetros longitudinales de la cabeza, «y se favorece al mismo tiempo el movimiento de bás- «cula ó de desprendimiento, con la extension de ella en «el primer caso, y con la flexion en el segundo. Pero «cuando la pared pubiana tiene mas de tres y medio «centímetros, ninguno de los planos del cuello basta «para medirla: de aquí resulta que ni el occipital ni la

«barba se pueden acercar al piso perineal, ni salir fue-
«ra de él por el arco pubiano: en consecuencia, el mo-
«vimiento de báscula no puede verificarse ó se verifica
«solo en casos muy excepcionales; quiere decir, cuando
«el producto sea pequeño por falta de tiempo, de des-
«arrollo, ó esté muerto, y las contracciones orgánicas
«del útero sean suficientemente enérgicas para hacer
«penetrar á la parte alta del tronco dentro de la exca-
«vacion, ocupada por una cabeza chica, ó muy reduci-
«ble en virtud de que falta ya en ella la resistencia na-
«tural de los tejidos.

«Si se fija bien la atencion sobre este punto, luego se
«viene en cuenta de que en el acorazamiento por altura
«exagerada del cuerpo del pubis, las posiciones venta-
«josas de vértice y de cara (la 1.ª y 3.ª de aquella y la
«2.ª y 4.ª de ésta) se hallan en igualdad de condiciones
«con las desfavorables de las regiones dichas en los ca-
«sos ordinarios, la 2.ª y 4.ª de vértice y la 1.ª y 3.ª de
«cara; los tropiezos y las dificultades son idénticos: *al-
«tura considerable de la pared pelviana, poca longitud
«del cuello para medirla, é imposibilidad física para que
«hallándose ocupada la excavacion por la cabeza pene-
«tre entónces la parte alta del tronco y ayude á terminar
«el movimiento de descenso.*

«Sin embargo, si para el útero es insuperable el obs-
«táculo en un parto á término y estando bien desarro-
«llado el feto, no lo es para el arte por fortuna. Por
«medio del forceps, á la vez que el partero sustituye á
«la naturaleza con ventaja, hace que descienda la cabe-
«za arrastrando consigo al tronco, que en cada línea que
«ella avanza encuentra un espacio, corto es verdad, pe-

«ro bastante para contribuir al objeto que es medir la «altura de la pared pubiana. Una vez logrado el fin, el «forceps, que ha ido venciendo á la par la resistencia «siempre creciente que opone el canal pelviano, se so«brepone al último obstáculo, al estrechamiento del es«trecho perineal.»

Si el acorazamiento es poco considerable solo retarda la marcha del trabajo sin traer ningun peligro para la madre y el producto de la concepcion; pero llegado á cierto grado hace imposible, como ya he dicho, la expulsion del feto por solo los esfuerzos del organismo. Si no se interviene prontamente el feto perece porque á consecuencia de la salida del agua del amnios el útero vuelve sobre sí, lo que embaraza la circulacion placentaria y produce la asfixia del feto. En cuanto á la madre, ademas de que puede morir de agotamiento nervioso ó de cualquiera de las muchas enfermedades á que predispone siempre un parto largo y laborioso (Metritis, peritonitis, rotura del útero, etc, etc.), se vé expuesta sobre todo á la esfacela de las paredes de la vagina y de los órganos contiguos que han sufrido por largo tiempo la compresion de la cabeza del feto, y á la caida de las escaras ó fístulas véxico ó recto vaginales, que por su gran extension son frecuentemente superiores á los socorros del arte; peligros que fácilmente se evitan si el partero no prolonga la expectacion sino el tiempo estrictamente necesario para convencerse de la impotencia del organismo para terminar el trabajo, sin olvidar que cuando el defecto de conformacion pasa de ciertos límites el parto natural es imposible, y la expectacion, mas qué inútil, peligrosa.

Hasta hoy, por lo menos, en los dos casos de acorazamiento de la variedad de que he venido hablando y que se han presentado en México, ha sido suficiente la aplicacion del forceps para extraer al feto; mas es de advertir que en ambos, aunque la longitud de la sínfisis era excesiva, el estrechamiento no era tal que pudiese impedir que el feto fuese extraido íntegro por las vías naturales.

Cuando el estrechamiento fuere tal que no pudiese aplicarse el forceps, ó cuando su aplicacion no diere resultado, no quedaria otro recurso que perforar la cabeza del feto, y si no fuere esto suficiente, la cefalotripsia con ó sin tracciones. Creo muy dificil que los estrechamientos en el acorazamiento puedan llegar á este extremo, y más dificil aún que exijan la operacion Cesárea.

He dicho que de la variedad de que aquí he hablado se habian presentado en México dos casos; ambos son de la práctica del Sr. Rodriguez, á cuya bondad debo las historias que copio en seguida.

Observacion 1ª

Parto á término en una primípara de 35 años de edad, cuya pélvis está acorazada.—Rigidez anatómica del orificio uterino.—Desbridamiento.—Inercia real de la matriz.—Aplicacion del forceps.—Fractura del coxis al verificarse la extraccion de la cabeza.—Hemorragia.—Salvacion de la madre y del niño.

La Sra. ** de C., de 35 años de edad, temperamento sanguíneo y buena constitucion, comenzó á tener los dolores de su primer parto en la madrugada del 12 de Mayo de 1871, y estos fueron aumentando hasta la noche del dia 13 en que se alarmó su marido el profesor C. y llamó al Sr. D. José Olvera.

Este apreciable compañero diagnosticó en el caso un emba-

razo simple intrauterino llegado á su término natural, presentacion de vértice en primera posicion, y halló que la pélvis estaba viciosamente conformada. Las contracciones eran regulares é intensas, el orificio uterino estaba muy alto, poco dilatado y poco dilatable.

El Sr. Olvera quiso consultar conmigo, y cual era debido concurrí á su cita entre 9 y 10 de la noche acompañado de mi entendido discípulo y amigo el Sr. Capetillo, que con tanto teson y aprovechamiento se dedica á este importante ramo del arte.

Despues de que fuimos informados del conmemorativo procedimos á examinar á la paciente, y tuvimos el gusto de encontrar exacto en todas sus partes el relato anterior.

Por lo que mira al vicio de conformacion vimos que en efecto existia una de las formas de acorazamiento pelviano (barrure); la pared pubiana media de cinco y medio á seis centímetros, y el arco del púbis, en consecuencia, estaba mas inclinado hácia atrás que de ordinario; lo que unido á la inmovilidad del coxis hacia que el diámetro antero-posterior del estrecho inferior tuviese nueve y medio centímetros ó diez cuando mucho. El orificio uterino, accesible al dedo en aquellos momentos, tenia ya una dilatacion como de tres centímetros y se sentia algo reblandecido, las membranas estaban íntegras, y la region presentada muy alta todavía; la circulacion fetal era normal.

En tal virtud no vacilé en proponer que se esperase, y convenimos ademas en que el Sr. Olvera llenaria las indicaciones que se presentaran en el trascurso de la noche.

Volvimos á la mañana siguiente: fuimos informados de que dicho señor habia desbridado el orificio en vista de que nada avanzaba su dilatacion á pesar de las contracciones; la fuente se habia roto á media noche, y la inercia de la matriz era completa.

Despues de que reconocimos á la parturiente, presa en aquellos momentos de una suprema angustia, convenimos en lo urgente que era ya terminar el parto de una manera artificial, tanto para librar á la madre de las funestas conse-

cuencias de la estancia prolongada de la cabeza en la excavacion, cuanto para evitar que el feto sucumbiese. Se decidió asimismo que se aplicara el forceps, por estar en aquellas circunstancias formalmente contraindicada la version; faltaba ya su requisito inevitable, la movilidad del producto.

Vaciados el recto y la vegija, cloroformada la señora, y acostada convenientemente para operar, situé las ramas de la pinza á los extremos del diámetro bi-parietal, las articulé, y ví que su posicion era la segunda inclinada hácia la izquierda. Primero tiré horizontalmente y á la derecha para hacer girar y descender á la cabeza, y despues, tan luego como el bregma llegó al piso perineal y el occipital se colocó bajo el arco del púbis, hácia arriba, para efectuar el movimiento de extension, lo que logré despues de muchos esfuerzos. Al extraer la cabeza sentí que algo se habia roto, y el Sr. Olvera, á quien encargué me sostuviese el perineo, me dijo que el coxis era el fracturado. La extraccion del tronco no ofreció dificultades.

El producto, bien conformado y perfectamente desarrollado, nació en estado de muerte aparente, mas los cuidados asiduos del Sr. Capetillo pronto le volvieron á la vida.

A poco sobrevino una hemorragia grave por despegamiento parcial de la placenta é inercia de la matriz; se contuvo luego solo con extraer las secundinas, comprimir la aorta y el útero, y hacer inyecciones intrauterinas de vinagre: la recien-parida no pudo tomar una dósis de cuernecillo de centeno por impedírselo el trismus de que fué afectada á la sazon, pero tan pronto como éste se disipó, tomó tres, á quince minutos de intervalo.

El puerperio fué fisiológico en todas sus partes; la fractura del coxis pasó desapercibida para la paciente, y no hubo necesidad de ocuparse de ella en el tratamiento.

Observacion 2ª

Parto á término en una primípara de treinta y ocho años de edad, cuya pelvis está acorazada.—Detencion prolongada de la cabeza en la excavacion.—Aplicacion del forceps y extraccion del producto muerto hacía algun tiempo—Fístula vésico-vaginal á consecuencia de la esfacela de una porcion considerable de la vagina y de la vejiga, y otras lesiones consecutivas..

Doña Pascuala L. de V. (Puente de Santa María núm. 1),* de treinta y ocho años de edad, temperamento mixto, constitucion regular y buen estado de salud anterior, se hizo embarazada por la primera vez, de Octubre á Noviembre del año de 1870; durante su preñado solo tuvo acedías y algun otro achaque ligero que se disipó fácilmente.

A las cinco de la mañana del 19 de Julio de 1871 comenzó á sentir los primeros dolores de parto, que muy pronto fueron adquiriendo intensidad y frecuencia, por lo que luego llamó á Doña Martina Sanchez. Cuando llegó la partera supo que la paciente habia arrojado algun líquido por la vulva: procedió á hacer la exploracion y se encontró que aquella estaba de parto, que el embarazo habia llegado á su término, que era simple é intra-uterino, que el producto vivia, que éste estaba abocado en la primera posicion de vértice, que la fuente se habia roto ántes de la completa dilatacion del orificio uterino, el cual apénas tenia un diámetro de cosa de dos centímetros, y por último, que dicho orificio estaba grueso y no dilatable; mas como las contracciones eran regulares, le parció prudente estar á la expectativa. Viendo que en la noche el parto no avanzaba, la Sra. Sanchez solicitó los auxilios de un médico, quien despues de haber reconocido á la parturiente fué de opinion que se esperase hasta el siguiente dia.

El 20, el estado del orificio era igual al de la víspera; las contracciones continuaban con igual intensídad, los latidos

* En la época á que se refiere la observacion, la Sra. de V. vivia en una accesoría de la primera calle de Mesones.

del corazon del feto tenian su regularidad normal, y la paciente comenzaba á fatigarse por la falta de sueño y lo penoso del trabajo. El profesor que la visitó la noche anterior creyó oportuno desbridar el lado derecho del orificio uterino, recomendó que se esperase, y ofreció volver en la tarde. A las siete de la noche notó que todo se hallaba en el mismo estado que por la mañana; practicó otro desbridamiento hácia la izquierda del orificio, ordenó á la partera le hiciese allí fricciones repetidas con extracto blando de belladona, é insistió en que se aguardase siempre.

Exasperadas la parturiente y su familia, ocurrieron á otros dos profesores. Oido el conmemorativo y en atencion al estado que guardaba aquella, fueron de opinion que debia extraerse el feto, cuya vida estaba ya amenazada; mas no pudieron vencer la resistencia de aquellas gentes y se retiraron.

El dia 21 las cosas proseguian lo mismo que en la noche anterior: las contracciones conservaban su frecuencia y energía; el estado del feto, al decir de la partera, era satisfactorio; la dilatacion del orificio nada avanzaba. A las cuatro de la tarde los dolores se hicieron intensísimos y mas frecuentes, el orificio empezó á dilatarse á toda prisa, y cuando la dilatacion fué completa, la cabeza comenzó á descender y aun hubo momentos en que el vértice se acercara al piso perineal. Repentinamente se interrumpe la marcha del trabajo; las contracciones se hacen mas débiles y lejanas cada vez, el cansancio es extremo, y la paciente se entrega por algunas horas al reposo.

El dia 22 prosiguió el cansancio de la matriz, y los latidos del corazon del feto se oían débiles é irregulares. Por la noche la inercia era ya completa, el feto habia sucumbido hacia algunas horas. La familia ocurrió á un homeópata, y éste, sin reconocer ántes de qué dependia la dystocia, administró á la paciente por fortuna solo tres granos de polvo de cuernecillo de centeno, en tres dósis, á quince minutos de intervalo. Luego se retiró vaticinando que el parto se verificaria sin duda alguna á las cinco de la mañana del dia siguiente.

El 23 todo continuaba como en la noche anterior. El ho-

meópata visitó á la parturiente, dió señaladas muestras de sorpresa al ver burlada su profecía, y pretextando numerosas ocupaciones se retiró.

Cerca del medio dia me llamaron; en el acto ocurrí acompañado de mis discípulos los Sres. D. Rosendo Gutierrez, D. Jesus Hernandez y D. Adrian Segura. A nuestra llegada encontramos al lado de la paciente al entendido profesor D. Miguel Rayon, y á poco llegó tambien mi apreciable compañero el Sr. D. José M. Leal.

La partera nos refirió lo anterior.

La Sra. de V. estaba sentada en su cama, azorada, pálida y muy fatigada por sus sufrimientos, que decia habian sido atroces.

Practiqué el reconocimiento del vientre por medio de la palpacion y la auscultacion, y hallé y puse de manifiesto á mis dignos comprofesores y á los jóvenes alumnos que tenian la bondad de acompañarme, que sobre el tumor formado por el útero enormemente desarrollado y ocupado por el producto de concepcion, muerto y situado en primera posicion de vértice, habia otro tumor, pequeño con respecto á aquel, macizo, resistente y doloroso á la presion, formado por la vejiga repleta de orina que no habia sido expulsada hacia ya tres dias. Por medio del tacto vaginal reconocí que la vulva y la vagina estaban muy secas, sensibles y calientes, el arco del púbis mas bajo que de ordinario y muy inclinado hácia atrás, el cóxis inmóvil, el orificio uterino completamente dilatado, rotas las membranas y la cabeza en la excavacion. Fuéme imposible tocar las fontanelas y las suturas, aunque sí percibí con toda claridad que los huesos del cráneo cabalgaban entre sí y que el tegumento cabelludo estaba infiltrado, crepitante, enfisematoso.

En vista de esto, y fundándome muy particularmente en la inercia real de la matriz y en el estrechamiento del estrecho inferior debido á la coraza, no vacilé en proponer á mis compañeros que sin pérdida de tiempo se procediese á hacer el parto artificial por medio del forceps, con objeto no ya de salvar al feto muerto hacia muchas horas, sino de evitar en

lo posible la intensidad de los desórdenes que habria acarreado la estancia prolongada de la cabeza en la excavacion. El asentimiento fué unánime, los interesados se resignaron, y yo tuve la honra de haber sido elegido para operar.

Desde luego ordené á la partera aplicara una lavativa laxante para evacuar el recto y supliqué al Sr. Hernandez que practicara el cateterismo para extraer la orina; pero ni lo uno ni lo otro se logró porque la cabeza comprimia al intestino y á la uretra de tal modo que sus conductos eran del todo impenetrables.

Sin poder llenar esa importante prévia indicacion, cloroformada la paciente por el Sr. Leal, y colocada en la situacion debida, procedí á hacer la aplicacion del forceps. Tan luego como introduje la mano derecha para guiar la rama izquierda del instrumento pude observar mejor que el arco del púbis estaba mas bajo y mas inclinado hácia atrás que lo natural, y que la pared anterior de la excavacion tenia mucha mayor altura; quiere decir, me formé un concepto cabal del obstáculo que se oponia al paso del producto: aquella pélvis estaba acorazada, y si el acorazamiento no era la única causa de dystocia al ménos era la mas importante. A pesar de eso situé la rama izquierda, luego la derecha, y articulé á ambas, todo sin sérias dificultades. La situacion del forceps era la segunda inclinada hácia la izquierda. Encargué al Sr. Gutierrez me sostuviera cuidadosamente el perineo cuando fuera necesario, y procedí á hacer tracciones, al principio horizontalmente y á la derecha para completar los movimientos de descendimiento y rotacion, y cuando la nuca se situó bajo del arco del púbis, hácia arriba, para hacer la extension y la extraccion, lo que logré á poco sin grandes esfuerzos. Una vez fuera la cabeza y desarticulado el forceps fuí en solicitud del brazo posterior, el derecho, al que logré extraer despues de haber vencido las dificultades que encontré en el canal vaginal ocupado por el cuello del feto. Extraido el brazo derecho traté de sacar al anterior, por delante como es de precepto, pero la maniobra era del todo imposible porque la coraza no me permitia la introduccion de los dedos por aquel punto. Introduje entónces lateralmente

los cuatro últimos dedos de la mano derecha hasta colocarlos de plano sobre la region external del feto, y luego metí los cuatro de la izquierda por el lado opuesto para aplicarlos sobre el dorsal; asegurada así la parte alta del tronco, imprimí al todo un movimiento de rotacion con ambas manos hasta que logré situar al brazo izquierdo en la concavidad sacra y al hombro derecho bajo el arco del púbis; enganché con el índice y el medio de mi mano izquierda la axila homónima del feto, hice recorrer al hombro la curva sacro-perineal, y extraje al miembro ya sin dificultad. Luego salió el tronco sin tropiezo.

No bien hube extraido la cabeza por medio del forceps que salieron la orina, las materias excrementicias, el líquido amniótico y una gran cantidad de gases, en tanta abundancia y esparciendo una fetidez tal, que los circunstantes y yo nos vimos instintivamente obligados á contener la respiracion y á buscar aire. El hedor aquel solo era comparable al que despiden las maceraciones cadavéricas; acabábamos de hacer una exhumacion.

Despues de que hice quitar de allí al feto y las suciedades, lavar con bastante agua el canal, y miéntras tenia lugar el desembarazamiento del útero, me ocupé de formarme una idea mas exacta aún del estado que guardaba aquel conducto, el del perineo, y sobre todo el de la pélvis, cuya investigacion tenia por punto de mira nada ménos que el porvenir de aquella mujer. El canal vulvo-uterino estaba muy caliente, el perineo incompletamente roto, el esfinter del ano ileso, el coxis inmóvil y el púbis muy grande é inclinado hácia atrás: su altura me pareció doble de la normal, lo que como despues diré confirmó la exacta mensuracion.

Hablábamos de eso los que tomamos parte en aquella labor cuando repentinamente sobreviene una hemorragia grave; en el acto extraje la placenta que estaba un poco adherida á la matriz; el Sr. Leal comprimió la aorta, el Sr. Hernandez al útero, y el Sr. Gutierrez propinó á la recien-parida medio escrúpulo de polvo de buen cuernecillo de centeno mezclado á un poco de vino generoso, con cuyos oportunos

cuanto eficaces medios se retrajo el útero y cesó la hemorragia.

Permanecimos todavía hora y média más al lado de la paciente; se la aseó, se la colocó en su cama y se la dió de tiempo en tiempo una dósis del referido polvo en vino. Libre ya de todo peligro próximo la ordené que tomara una taza de atole cada tres horas, una cucharada de mi pocion de ergotina cada dos, inyecciones vaginales emolientes y fénicas cada cuatro, recomendé el excesivo aseo, el reposo y la quietud, y nos retiramos.

Al dia siguiente de la operacion el estado general era muy satisfactorio; el pulso aunque frecuente no era febril, la vulva y la vagina estaban muy calientes y dolorosas, el intestino y la vejiga inertes, los lóquios muy abundantes, sanguinolentos y fétidos. Llené las indicaciones practicando el cateterismo de la uretra, ordené que la ministrasen un enema laxante, las inyecciones emolientes y fénicas de que he hablado ya, atole y agua de linaza á pasto.

En los dias subsecuentes se observó que la vaginitis proseguia hasta terminar por supuracion, que fué muy copiosa; la excrecion láctea se estableció en medio de la calentura sintomática que vino al fin, y exceptuando las molestias locales el estado de la enferma fué mejorando perceptiblemente. Llené las indicaciones con la dieta no muy rigurosa, las lavativas laxantes y fénicas, el cateterismo, las inyecciones vaginales y el aseo. Al séptimo dia del puerperio empezó á expeler por la vulva detritus gangrenados. La quina, el vino, el caldo, el hipofosfito de magnesia y el agua fénica al interior, y las inyecciones antipútridas y detersivas, bastaron para atenuar aquel estado haciendo que se disipase por completo y entrase en una convalecencia franca cuarenta dias despues de haber sido operada. La asiduidad desplegada en esta vez por el Sr. Gutierrez y la partera D.ª Jesus Orozco merecen una mencion muy especial: la conducta de ambos es muy laudable.

Una circunstancia que por su grande interes he querido mencionar aparte vino á darnos cuenta del horrible estrago

que ocasionara la compresion ejercida por la cabeza del feto sobre los tejidos blandos del canal vaginal: seis dias despues del parto ya no hubo necesidad de emplear la sonda para extraer la orina; ésta salia por la fístula vésico-vaginal que se estableció desde el momento en que empezó á desprenderse la escara formada en aquel tabique. De intento, pues es notorio el mal que ocasiona la introduccion de la mano en una vagina dilacerada por el traumatismo patológico en los partos laboriosos; de intento, repito, nadie volvió á introducir la mano en aquella vagina: se tuvo buen cuidado ademas de no hacer tracciones sobre los colgajos esfacelados que salian arrastrados por la supuracion y el escurrimiento loquial; se cortaba con las tijeras lo que salia fuera de la vulva, y el resto se abandonaba en espera de su desprendimiento natural. Las inyecciones vaginales cuidadosas tenian por objeto asear la parte afectada é impedir la reabsorcion de los elementos scépticos que contenia en abundancia. Esto fué bastante, como llevo dicho, para poner coto á aquella desorganizacion de la que el arte no era responsable.

La paciente recobró su antiguo vigor, y en la actualidad solo sufre de la fístula; mejor dicho, de las consecuencias que acarrea la constante salida de la orina por el conducto vulvo vaginal.

El estado de sus órganos genitales es hoy el siguiente: la vulva está intacta, el perineo roto y los labios de la solucion de continuidad cicatrizados aparte; una pequeña porcion del esfinter del ano, afectada de esfacela en los primeros dias del puerperio, desgarrada, cicatrizada, y desnuda de la mucosa vaginal; el esfinter del ano prosigue en sus funciones cual en el estado normal. Como á la mitad de la altura del púbis, es decir, á tres y medio centímetros del arco, se siente la vejiga adherida á la pared posterior de ese hueso de una manera tan sólida que pudiera decirse definitiva. En la direccion de la línea mediana é inmediatamente arriba de esta adherencia hay un agujero de centímetro y medio de diámetro, resistente y duro que constituye la fístula vésico-vaginal; por dicha abertura sale la orina cuando la paciente se sienta ó está de pié, y el

líquido solo se acumula en el receptáculo cuando se pone en decúbito supino. Las partes por donde tiene lugar ese escurrimiento están rojas y escoriadas. El calibre de la uretra solo permite el paso de un estilete delgado, y aunque comunica con la vejiga no da paso á la orina pues su trayecto se halla interceptado por la abertura fistulosa. El fondo de saco útero-vesical anterior está destruido y cicatrizado; la retraccion del tejido inodular ocasiona el descenso de la matriz y una notable anteversion de su fondo. El cuello del órgano gestador se encuentra naturalmente mas bajo é inclinado hácia atrás. El período catemenial prosigue con regularidad. La altura del púbis es de *sesenta y cinco milímetros*, tres mas que de ordinario, y el diámetro coxi-pubiano tiene apénas *nueve centímetros.* [1] El coxis es inmóvil.

Todo cuanto he dicho hasta este momento se refiere á la variedad de acorazamiento que se ha observado en México con ménos rareza, es decir, á aquella en la que la sínfisis pubiana tiene una altura mayor que la normal; diré ahora algo sobre la otra variedad que describen los autores, y que consiste en la inclinacion y aproximacion del púbis al ángulo sacro-vertebral. En esta clase de pélvis á primera vista parece que hallándose los huesos en su estado cartilaginoso, se ha ejercido presion sobre la cara anterior de la sínfisis pubiana, y repelido hácia atrás, de lo que resulta el estrechamiento de los diámetros antero-posteriores de la cavidad pelviana en toda su altura, de un modo uniforme, pues tan disminuido se encuentra el del estrecho abdominal, como los de la excavacion y estrecho inferior.

En cuanto al grado del estrechamiento, éste está en razon directa de la inclinacion del púbis: cuando es ligera, apé-

1 Estas medidas se han tomado con el pelvímetro de Van-Huevel.

nas se nota que la superficie cóncava de la cara posterior del púbis es reemplazada por un plano vertical; cuando es exagerada, la superficie cóncava se vuelve convexa, y la circunferencia del estrecho superior presenta á los extremos del diámetro reducido dos eminencias, el promontorio y la porcion entrante de la region viciada, que marchan al encuentro una de otra, haciéndole perder su forma ovalar y dándole la de un número 8; epíteto con que se designan esta clase de pélvis desde que Mad. Lachapelle hizo fijar sobre ellas la atencion de los parteros.

El diagnóstico de esta clase de pélvis se hace por medio del tacto vaginal llevando el dedo detrás de la sínfisis pubiana: ésta se encuentra aplanada ó saliente hácia dentro; en cuanto al grado del estrechamiento, se conoce haciendo la pelvimetría digital segun el método ordinario.

Hay casos en los que se reunen las dos clases de acorazamiento y entónces el diámetro antero-posterior del estrecho abdominal es menor de lo que indica la pelvimetría, pues en ese caso la línea sacro-sub-pubiana es mayor que aquel algo más de los 10 ó 15 milímetros que se rebajan de su longitud para obtener la del antero-posterior del estrecho abdominal. Para evitar este error es preciso medir la altura de la pared y hacer sobre la línea sacro-sub-pubiana una reduccion proporcional al aumento de longitud de la sínfisis, sin cuyo requisito la mensuracion es del todo inexacta cual desde luego se comprende. [1]

1 No hay ya quien ignore que por medio de la pelvimetría digital solo se mide la extension de la línea que va del centro del arco del púbis á la mitad del ángulo sacro-vertebral, y que dicha línea es mayor que el diámetro sacro-pubiano, porque es la hipotenusa de un triángulo rectángulo, cuyos catetos son aquel diámetro y la altura de la sínfisis del púbis. Una vez hecha la mensuracion de la

Como la mensuracion en estos casos y en todos cuantos se refieren á vicios de conformacion de la pélvis es tan trascendental, pues de su determinacion precisa surge una indicacion diversa para cada caso, en la cual va de por medio nada ménos que la vida de dos ó más séres, bueno será tener presente estas advertencias en los casos de acorazamiento pelviano, sobre todo en los muy exagerados, y en los que ademas de eso exista la forma de que vengo ocupándome. La observacion que sigue, en que intervino el Sr. Rodriguez, y que debo á la fina amistad de mi querido amigo el Sr. Capetillo, contiene más de una enseñanza provechosa, y corrobora lo ya dicho.

Parto provocado por el procedimiento de Kiwisch, reformado en México, con motivo de un vicio de conformacion de la pélvis en ocho que ha reducido á siete y medio centímetros al diámetro sacro-pubiano.—Forceps.—Version.—Extraccion de una niña en estado de muerte aparente; vuelta á la vida.—Encasquillamiento de la placenta.—Puerperio fisiológico.

La Sra. de C.** (Puente del Cuervo núm 16), de 28 años de edad, talla mediana, constitucion débil y temperamento linfático, padeció desde su mas tierna edad varias enfermedades que relataré sucesivamente. A los seis años tuvo corea, y á este mal se atribuye que claudique de la pierna

línea sacro-sub-pubiana y del cateto menor, ya se tienen los datos para resolver con arreglo á los principios de trigonometría cuál es la extension del mayor ó sea el diámetro sacro-pubiano.

En la pélvis normal, el cálculo da siempre una diferencia de diez á quince milímetros á favor de la hipotenusa; de donde viene que en tales circunstancias baste rebajar esta cantidad de la línea sacro-sub-pubiana para tener con cuanta exactitud es posible la longitud del diámetro antero-posterior del estrecho superior. Pero como quiera que este cálculo está basado en la longitud que de ordinario mide el púbis, treinta y cinco ó cuarenta milímetros, desde luego se comprende que cuando fuere mayor no se puede rebajar la misma cantidad, sino otra mas considerable proporcionada á la altura del cateto pubiano. De aquí la necesidad de calcularle ántes.

derecha; más tarde un reumatismo articular agudo la postró en cama durante seis meses y la privó de sus movimientos. De esta enfermedad le asistió el Sr. Landgrave. Sufrió despues varias afecciones intestinales y otras simplemente febriles, cuya naturaleza no define con claridad.

La pubertad se inició en ella á los veintidos años, á cuya época contrajo matrimonio á disgusto de sus padres, quienes se oponian al enlace alegando que no podria tener sucesion sin grandes peligros por su excesiva debilidad. En la época á que me refiero era tal, que el mas leve esfuerzo la fatigaba; estaba condenada á no ocuparse de cosa alguna y á permanecer siempre acostada.

Poco tiempo despues de verificado el matrimonio se fortaleció su constitucion, y con el vigor físico adquirió tambien la fuerza moral suficiente para dirigir su casa por sí misma y ayudar á su marido en algunos de sus negocios.

Prontamente se hizo embarazada, lo que no la estorbó para hacer frecuentes viajes de Zumpango, lugar donde residia, á México, ni para andar á caballo, al que es en extremo aficionada y á cuyo ejercicio se entregaba ántes con verdadera pasion. Al poco tiempo le apareció un tumor en el cuadril izquierdo que la hizo sufrir mucho; la medicinó el Sr. Rayon y la ordenó la inmovilidad, varios medicamentos al interior y al exterior, y ademas la aplicó el cauterio actual sobre el lugar enfermo. Los seis meses que estuvo padeciendo del referido tumor los pasó acostada en su mayor parte sobre el lado derecho, y en dicha postura dió á luz un niño sietemesino, muerto, el dia 7 de Junio de 1866, el cual tenia arrollada la epidermis en varios puntos de la superficie del cuerpo, lo que indicaba que habia sucumbido algunos dias ántes del accidente. El puerperio fué fisiológico y la convalecencia de su enfermedad la pasó sentada en una silla baja.

Apénas comenzaba á andar y á reponerse cuando se hizo embarazada nuevamente: su preñez alcanzó solo al quinto mes, pues á consecuencia de un susto que tuvo durante el sitio de la capital abortó el 18 de Junio de 1867 sin graves

molestias ni inconvenientes. El producto estaba macerado. Pasado el puerperio se trasladó á Toluca, y allí concibió por tercera vez, volviendo á abortar el 3 de Agosto de 1868 á los cinco y medio meses del embarazo, y sin que en concepto de la paciente hubiera habido pretexto para ello.

La repeticion de tales desgracias hizo que los interesados solicitasen al profesor D. Nicolás Iñigo, quien, atendiendo á la suma debilidad y al estado cloro-anémico tan pronunciado de la Sra. de C...., la sujetó á un método tónico y analéptico con la esperanza de que restaurada su constitucion pudiesen los preñados alcanzar su término natural. En efecto, con ese plan terapéutico y con la higiene se consiguió que el cuarto embarazo llegara á los nueve meses. El parto se inició el dia 28 de Agosto de 1869, caminó con suma lentitud, y los esfuerzos que hizo la parturiente determinaron una hernia umbilical: cuando tuvo lugar la expulsion del producto se notó que venia con la cabeza hecha pedazos y que por entre la piel salian multitud de esquirlas huesosas procedentes de la fractura del occipital, de los parietales y de alguno de los huesos de la base del cráneo. El aspecto de esta criatura, dice el marido de la señora, era verdaderamente horrible; los ojos salian de sus órbitas, la materia cerebral escurria por las diversas heridas del tegumento cabelludo, y por la vulva, durante el paso del feto por el canal vaginal.

A poco del parto sobrevino una hemorragia grave por inercia uterina, lo que obligó al Sr. Iñigo á extraer la placenta en el acto. Esta casualidad hizo que se viniera en cuenta del vicio de conformacion de la pélvis, que hasta entónces habia pasado desapercibido para la interesada y para cuantos médicos tuvieron ocasion de tratarla en sus abortos anteriores. La dificultad que el operador tuvo para llegar al fondo de la matriz vino á revelarle el fatal secreto; la pélvis tenia un estrechamiento que interesaba al diámetro antero-posterior del estrecho superior. El puerperio, como era de esperar, se complicó de varios accidentes que fueron diestramente combatidos.

Cuando lo juzgó oportuno el Sr. Iñigo explicó al marido

la mala conformacion de la señora, y puso ante sus ojos los graves riesgos á que estaba expuesta en los partos subsecuentes si por acaso el médico que la asistiera no provocaba el parto prematuro. Alarmada la familia quiso saber la opinion de algunos facultativos de la capital y la trasladó á México, en donde fué examinada por cuatro profesores que se reunieron en la casa habitacion del Dr. M.***, ubicada en el barrio de los Angeles. El sentir de estos fué « que podria tener sucesion si sus embarazos los pasaba acostada: » así lo dicen la interesada y su marido.

A poco regresó á Toluca, en donde salió embarazada por quinta vez. Esta ocasion se puso en manos del Sr. D. E. Villela, á quien se informó del defecto de conformacion que existia. A los siete meses de la gestacion dicho profesor resolvió provocar el parto; pero habiendo encontrado alguna oposicion por parte de la familia, explicó con ingenuidad su conducta, y convocó á junta á los médicos que residian en Toluca. Concurrieron á ella los Sres. Hernandez (A.), Licea (M.), Iñigo, Olmedo, Espejo y Larrea, quienes despues de prolijos reconocimientos resolvieron se recurriese al medio propuesto por el Sr. Villela, con excepcion de los dos últimos que rehusaron dar su opinion.

Entre los diversos procedimientos para provocar el parto se escogió el de Kludge. Comenzáronse á poner las esponjas dilatadoras en la tarde del domingo 28 de Agosto de 1870, y el orificio se dilató por completo hasta la noche del mártes 30, cincuenta y tantas horas despues de comenzada la operacion. Rotas las membranas, encontraron oportuno los operadores aplicar el forceps. La maniobra quedó encargada á los Sres. Olmedo y Villela. Colocado el instrumento, despues de algunas dificultades y de muchas tracciones lograron extraer un niño vivo que arrojaba sangre por la boca y que murió diez y ocho horas mas tarde. Hubo hemorragia y el Sr. Iñigo sacó la placenta, con cuyo arbitrio el útero se retrajo y cesó aquella. El puerperio fué fisiológico.

No detallo más lo que ocurrió en este parto porque ignoro sus pormenores científicos, habiendo sabido esto y lo demas

de boca del Sr. C. y de su esposa, que hacen de todo ello una relacion muy circunstanciada.

El mes de Enero de 1871 volvió á abortar un engendro de dos meses poco más ó ménos.

A principios de Noviembre del mismo año fuí solicitado por el Sr. C.*** para que me encargase del cuidado de su señora, recien venida de Toluca con objeto de que aquí se la asistiese en el parto que deberia efectuarse próximamente, pues alcanzaba ya al octavo mes de su preñado. Me refirió lo anterior, y me manifestó la necesidad que habia de provocar el parto prematuro en vista de lo resuelto por los médicos que la habian reconocido en Toluca.

Examiné á la señora, cuyas generales he consignado al principio de esta observacion, y solo añadiré que su estado clorótico era de todo punto evidente; sus movimientos lentos y su aspecto desde luego me revelaron el interior de una persona acostumbrada á sufrir con resignacion cristiana su triste suerte. Cojea en efecto de la pierna derecha, pero la claudicacion es casi imperceptible. Sus miembros inferiores tienen la direccion propia de las mujeres bien conformadas, y sus articulaciones no están mas abultadas que de ordinario; la cabeza tampoco es mas voluminosa. La direccion de la columna vertebral es normal, y la conformacion exterior de la pélvis nada dice de lo que hay en su interior.

La menstruacion faltó entre la llena y el cuarto menguante de la luna de Marzo, quiere decir, del seis al trece de dicho mes, y tomando el promedio fijé por punto de partida para hacer mi cómputo el dia ocho; de lo que resultaba que el término del preñado correspondia al ocho de Diciembre, en cuya fecha estaria fuera de cuenta, como vulgarmente se dice. El fondo del globo uterino se elevaba á tres dedos arriba del ombligo y tenia la forma que tan pintorescamente se designa con el nombre de *vientre en alforja;* la hernia umbilical es considerable. La sensacion quística notable, por lo que supuse habria mucho líquido amniótico; el feto muy móvil, pero fijándolo por medio de las manos se advertia que su situacion era la que corresponde á la tercera

de vértice (occípito-ilíaca derecha anterior); en efecto; hundiendo el pulgar y el índice de la mano derecha como para penetrar dentro de la excavacion, se sentia la cabeza con suma claridad; arriba de esta el dorso; más arriba aún la extremidad pelviana: todo ello hácia adelante y á la derecha; el máximum de la sensacion quística, atrás y á la izquierda; el de los movimientos propios del producto hácia allí mismo y arriba. Por medio de la auscultacion hallé el máximum de los latidos del corazon fetal en la region sub-umbilical derecha, y trasmitiéndose mas arriba que abajo y trasversalmente.

Habiendo colocado luego á la señora al borde de la cama en la situacion que demanda cualquiera operacion tocológica, practiqué el reconocimiento vaginal, y noté que las partes que forman el canal vulvo-uterino no presentaban nada digno de llamar mi atencion. Mas reconociendo el canal huesoso, lo primero que observé fué que el púbis tenia mayor espesor, y que mi dedo índice alcanzaba el promontorio: tal exploracion dióme por resultado, respecto del último punto, nueve centímetros y medio; mas deduciendo el centímetro y medio del espesor del púbis, restaba para el diámetro antero-posterior del estrecho superior solamente ocho centímetros.

Con estos datos pude juzgar que era cierto que aquella pélvis tenia un vicio de conformacion que exigia la prematura provocacion del parto, y como en aquella fecha tenia ocho meses justos de embarazo propuse emplazarla para quince dias mas tarde, teniendo en cuenta la diminucion de medio centímetro del diámetro biparietal que producen los fenómenos de acomodamiento durante el paso de la cabeza por el canal huesoso de la pequeña pélvis, y conformándome en esto con los preceptos y reglas de los clásicos, deducidos de una cuidadosa experiencia. Sin embargo, temeroso de incurrir en un error lamentable propuse al Sr. C.*** solicitase desde luego los conocimientos de mi maestro el Sr. D. Juan M. Rodriguez, y con su aquiescencia llevé á la casa á este profesor. Impuesto del conmemorativo resultó un exacto acuerdo de opiniones.

Con tan respetable parecer, se señaló el dia de la operacion, y quedamos citados para llevarla á cabo el dia 24 de Noviembre de 1871.

El dia fijado, y con la asistencia de mis apreciables compañeros los Sres. D. Jesus Hernandez y D. Rosendo Gutierrez, se procedió á hacer un nuevo reconocimiento. La pelvimetría interna fué ejecutada por cada uno de nosotros, y el resultado fué siempre el mismo, salvo la despreciable diferencia de algunos milímetros.

La movilidad del feto era excesiva, se abocaba con el estrecho superior por su region cervical, pero era difícil precisar con toda exactitud la posicion: unas veces parecia ser la *tercera* y otras la *segunda*. No obstante, lo que sí nos pareció indudable era que el dorso del feto miraba hácia la derecha y el plano external hácia la izquierda; investigacion importante para todo lo relativo al parto artificial en caso necesario. El cuello uterino, reblandecido é escifuliforme, estaba alto y dirigido á la izquierda. A través del segmento inferior de la matriz no se tocaba mas que una gruesa capa de líquido amniótico.

El procedimiento escogido para dilatar el cuello y provocar las contracciones uterinas fué el de Kiwisch modificado. El plan fué dejar obrar á la naturaleza é intervenir solo en caso necesario por medio del forceps, de la version, ó como se considerase oportuno en vista de las circunstancias.

Dispuesto lo preciso para llenar cualquier indicacion, y hasta lo imprevisto, colocada la señora conforme los preceptos del arte, y previa la evacuacion de la vejiga y el recto, comenzáronse á hacer las inyecciones vaginales de agua tibia con la ingeniosa bomba de Darbó: á las cuatro y veinte minutos de la tarde del referido dia, y pasados *veinticinco minutos* sin que la operada resintiera la mas leve molestia, se iniciaron los dolores de parto, erráticos al principio, pero que poco á poco se fueron pronunciando y caracterizando más y más, haciéndonos comprender que nuestra labor no era infructuosa. A las seis y cuarenta y cinco minutos el

cuello estaba al desaparecer y empezaba á dilatarse; su blandura era extraordinaria. Tomamos media hora de descanso, y luego continuamos nuestra tarea, reconociendo de tiempo en tiempo á la operada y palpando las incomparables ventajas de un procedimiento tan sencillo como inofensivo. A las ocho y cuarenta y cinco minutos la dilatacion tenia un diámetro como de tres centímetros; la fuente estaba bien formada. Dimos media hora de tregua, durante la cual la operada descansó y aun durmió en el intervalo de los dolores, cual se observa frecuentemente en el parto fisiológico. Las contracciones tenian lugar cada tres minutos y duraban setenta y cinco segundos. Prosiguiéronse las inyecciones, interrumpiéndolas algunos ratos para que la parturiente descansara y cambiase de postura, hasta las once y media de la noche, á cuya hora la dilatacion del orificio era total y las contracciones regulares y muy enérgicas. La fuente amniótica llegó á su completa madurez, empezó á salir entreabriendo la vulva bajo la forma de salchicha, y la posicion del feto se fijó en la *tercera*, *un poco trasversal*. Desde esa hora hasta las dos de la mañana la naturaleza por sí sola era la que obraba en este caso, y únicamente la auxiliábamos corrigiendo la anteversion del fondo de la matriz (para identificar los ejes fetal y uterino con el del estrecho superior), levantándole por medio de una venda ancha durante las contracciones, y comprimiendo suficientemente la hernia umbilical como es de regla.

La fuente llegó á llenar el calibre del canal vaginal y á dilatarse tanto cual si fuera la cabeza del feto; luego abrió la vulva ampliamente y se presentó al exterior, lo que nos hizo creer á todos que el parto fisiológico iba á verificarse ya. El Sr. Rodriguez no se decidió á romper las membranas en espera de que la integridad del huevo facilitase la salida de la cabeza del producto; los dolores se sucedian con intensidad y frecuencia. Mas luego que se adquirió la conviccion de que era preciso intervenir, se rompió la fuente durante un dolor y se reconoció la situacion de la cabeza. Esta se encontraba encajada trasversalmente en el estrecho supe-

rior, con el occipital vuelto á la derecha. Una espera de media hora nos hizo perder la ilusion de que el parto se efectuase por los solos esfuerzos de la matriz; las contracciones no lograron bajarla ni una sola línea, por lo cual nos decidimos á ayudar á la naturaleza, sirviéndonos del forceps que aplicó el Sr. Rodriguez y colocando las ramas á los extremos del diámetro bis-ilíaco, como es de regla, cuando la anestesia que produjeron las inhalaciones del cloroformo fué bastante para poder operar á la parturiente. Los mangos fueron articulados, y su separacion no solo nos indicó que la cabeza estaba tomada en el sentido de un diámetro desfavorable, sino que nos hizo temer ademas que las cucharas se desprendiesen al ejecutar las tracciones, cual sucedió en efecto. El Sr. Rodriguez intentó aplicar una segunda vez el forceps; pero viendo que la cabeza estaba muy móvil y que no podia fijarse á pesar de la compresion abdominal metódica, prescindió de esa idea y se resolvió á hacer la version podálica.

Metida la mano derecha para empujar la cabeza y tomar los piés situados hácia atrás y á la izquierda, entónces cayó en cuenta mi entendido maestro del grande obstáculo que habia en el estrecho superior. La forma de dicho estrecho es la de un número 8, de cuyos ojos el menor corresponde á la mitad izquierda y el mayor á la derecha. Esta forma de acorazamiento (*barrure* de los franceses) ha acortado mucho la extension del diámetro sacro-pubiano, de manera que en realidad no mide los ocho centímetros que resultaron de la pelvimetría manual practicada por los Sres. Rodriguez, Hernandez, Gutierrez y por mí, sino de seis y medio á siete. Como decia, despues de haber sostenido el fondo de la matriz con mis dos manos convenientemente situadas, el Sr. Rodriguez una vez impelida la cabeza arriba del estrecho superior para tomar los piés, con ímprobo trabajo logró introducir la mano derecha por el ojo izquierdo del estrechamiento, tocó las extremidades inferiores, y solo pudo coger á la anterior ó izquierda que extrajo y luego lazó, procediendo en el acto á bautizarla. Asegurado el pié por medio

de la cinta, fué en busca del posterior (el derecho), habiendo sido en esta ocasion mas difíciles todavía la introduccion de la mano y la salida de ella y del miembro derecho por la menor amplitud que tenia entónces el ojo ocupado en parte por el miembro que le atravesaba y estaba afuera. Asidos ambos con la mano derecha, con la opuesta empezó á llevar la cabeza á través de la pared útero-abdominal, á la sazon que tiraba de ellos y comunicaba al tronco del producto el movimiento de espiral, hasta que logró dirigir el dorso hácia adelante y á la izquierda, y convertir la tercera posicion de vértice en la primera por su base ó sea la primera pelviana.

Tirando primeramente de ambos piés, despues con las dos manos de ambas rodillas, y de los muslos tan luego como fué posible, llegó el momento en que saliese la parte inferior del tronco; tiró entónces de la extremidad placentaria del cordon para ponerle á salvo, y prosiguió la maniobra. Los brazos se elevaron por delante, y su extraccion fué obra solo de la destreza del operador: desde luego se dirigió en busca del posterior (el derecho), y despues de que lo hubo sacado, del anterior (el izquierdo); pero en esos momentos sus fuerzas se agotaron, y me encargó que sacara la cabeza presentada trasversalmente por su base y con el occipital dirigido á la izquierda.

Tomados los piés del feto con mi mano izquierda, introduje la opuesta por el ojo derecho del estrechamiento, la llevé hasta el bregma, y comunicándole el movimiento de flexion despues de grandes dificultades, tuve la fortuna de verle en mis manos, aunque en estado de muerte aparente.

Ayudado de mi buen amigo el Sr. Gutierrez logramos á poco volverle á la vida, y entretanto permanecieron al lado de la recien-parida los Sres. Rodriguez y Hernandez. A poco se notó que el útero era presa de una constriccion circular del cuerpo, y que la placenta quedaba encarcelada en el segmento superior: para ahorrar nuevos inconvenientes, el Sr. Rodriguez se apresuró á extraerla, lo consiguió despues

de algunos esfuerzos, y ordenó al Sr. Hernandez administrara á la paciente una dosis de polvo de cuernecillo de centeno.

A las cinco de la mañana, esto es, doce horas y treinta y cinco minutos despues de que se comenzó á provocar el parto prematuro, la Sra. de C** descansaba tranquilamente en su cama, teniendo á su hija en su regazo.

El puerperio fué completamente fisiológico.

Ademas de los casos de estrechamiento que llevo referidos, encuentro enumerados en la Tésis del Sr. Rodriguez los que copio en seguida:

«La Sra. de G.** tiene, á no dudarlo, hácia atrás y á la izquierda, una inclinacion de la rama isquio-pubiana derecha, lo que dá por resultado que los diámetros sacro-pubiano y oblícuo-izquierdo sean mas cortos. Pero esa estrechez está compensada con una amplitud del diámetro oblícuo derecho, lo cual hace que la excavacion tenga una forma oblícuo-ovalar. El diámetro sacro-pubiano mide 10 centímetros, espacio suficiente para que pudiera pasar la cabeza del feto, como sucedió felizmente.

«La Sra. de C.** multípara, además de que tiene muy inclinado hácia delante el ángulo sacro-vertebral, tiene vertical el cuerpo del pubis y dirigido un poco hácia atrás. El estrechamiento del diámetro sacro-pubiano es tal, que solo mide 97 milímetros. No obstante, la Sra. de C.** ha tenido tres ó cuatro partos felices, aunque lentos: el penúltimo fué de un hidrocéfalo que nació muerto, pero tambien fué natural.

«En una de las primeras sesiones del mes de Diciembre del año próximo pasado presenté á la Academia de Medicina una pelvis viciada por estrechamiento absoluto. Sin embargo de su pequeñez, los diámetros de la excavacion y de los estrechos tienen dimensiones tales que permiten el paso de la cabeza de un feto á término, y así opinaron conmigo los Sres. Jimenez (M.), Carmona (M.), Menocal, Villa-

gran y Jimenez (L.) A pesar de eso la extraccion fué imposible, aun habiendo sido aplicado el forceps y el cefalotribo, despues de practicada la craniotomía, por personas muy competentes. Como la mujer habia estado en trabajo de parto ocho dias, y trascurrieron cinco despues de rotas las membranas, el feto entró en putrefaccion, se puso enfisematoso, y esto le hizo adquirir un gran volúmen. Además, la retraccion de la matriz sobre el producto muerto, y una cintura natural ó accidental que el cuerpo del útero presentaba aun despues de muerta la madre, cuya cintura tenia ceñido al cuerpo del feto, fueron, en mi concepto, las causas que impidieron su extraccion. La mujer sucumbió. . . . [1]

«Tengo otra pelvis que formaba parte de la coleccion del Sr. Martinez del Rio. Puede decirse que es oblícuo-ovalar, pero no pertenece á la sinostosis simple congénita descrita por Naegelé. Faltan en ella la sinostosis, la atrofia de la mitad correspondiente del sacro y sus demás caractéres: los huesos ilíacos en ésta tienen las mismas dimensiones, y el desarrollo es uniforme en ambas mitades.

El Sr. Clément ha tenido la bondad de darme la observacion de un caso de dystocia ocasionada por el estrechamiento del diámetro sacro-pubiano, que media apénas

1 La pieza anatómica relativa á esta observacion, hoy forma parte del Museo anatómico: su descripcion puede hacerse en pocas palabras diciendo que es una pélvis normal en cuanto á su forma, pero de pequeñas dimensiones. Hé aquí las de sus diversos diámetros, tomadas de la descripcion que de ella hizo el Sr. Rodriguez en la Gaceta Médica, tomo 4.°, pág. 182:

Estrecho superior, diámetro sacro-pubiano 106 milímetros, bis ilíaco 117, oblícuo 116; excavacion, diámetro sacro-pubiano 112, trasverso 95, oblícuo 110, estrecho superior, diámetro coxi-pubiano 96, trasverso 87 y oblícuo 95; entre las dos crestas ilíacas (parte ensanchada) 223, entre las espinas ilíacas antero-superiores 214, entre las espinas ilíacas antero-inferiores 167, entre las antero-superior y póstero-superior 140, entre la cresta ilíaca y la tuberosidad squiática del lado opuesto 216, entre la apofisis espinosa de la última vértebra lumbar y el púbis 170, entre la apofisis espinosa y la espina ilíaca antero-superior 158, entre la tuberosidad squiática y la espina póstero-superior 156, altura posterior 105, lateral 85, anterior 37, amplitud del arco pubiano 32, base del sacro 54, espesor del púbis 13, altura total 145. (En todas las cantidades expresadas se ha tomado el milímetro como unidad.)

36 milímetros. La mujer, objeto de esta observacion, es raquítica; su talla es de un metro y seis centímetros; su pélvis está viciada considerablemente. No obstante estas circunstancias le salvó la vida practicando la cefalotripsia.

Para completar la enumeracion de los casos de estrechamiento pelviano observados en México, mencionaré los tres siguientes de acorazamiento que últimamente he observado y medido en compañía de mi maestro el Sr. Rodriguez y del Sr. San Juan.

Amelia Quiros, natural de México, de edad de 23 años, tiene acorazamiento pelviano; el pubis mide 65 milímetros de altura; el diámetro sacro-pubiano tiene una longitud de 7 centímetros; el perineo apénas cuenta 16 milímetros de longitud, y de una conmisura de la vulva á la otra hay 52 milímetros; nunca se ha hecho embarazada.

Santos García, natural de México y de edad de 19 años, tiene igual vicio de conformacion; el pubis mide 63 milímetros, y el diámetro coxi-pubiano 77; no pudieron medirse la extension del perineo y de la vulva porque la conmisura posterior de ésta última está destruida; la mujer, objeto de esta observacion se encuentra embarazada, y cuénta en este momento 5 meses de preñada.

Josefa Rodriguez, natural de México y de 19 años de edad, tiene acorazamiento pelviano; la altura del pubis es de 57 milímetros; el diámetro coxi-pubiano mide 73; la extension del perineo es de 16 milímetros, y la de la vulva de 47; nunca se ha hecho embarazada.

A estas observaciones, recogidas en el hospital de San Juan de Dios, la tarde del 4 de Marzo del presente año, podria agregar otras dos de igual vicio de conformacion de la pelvis, recogidas, una, en el hospital ya mencionado, por los Sres. Rodriguez y Ortega, y la se-

gunda, por el Sr. Capetillo, en una de sus clientes; pero desgraciadamente se han extraviado las mensuraciones de ambos hechos. En ninguno de ellos ha habido embarazo.

Los casos de estrechamiento que he referido son los únicos de que se haya hablado hasta hoy en México: los prácticos que se han dedicado de preferencia á la obstetricia, como los Sres. Martinez del Rio y Torres, por ejemplo, no citan un solo hecho; y esto es debido, en mi concepto, á que las causas mas frecuentes de los vicios de conformacion de la pelvis, el *raquitismo* y la *osteomalacia*, son, la una excesivamente rara, y la otra, desconocida por completo entre nosotros. La rareza de los estrechamientos pelvianos en México quita su importancia á la mayor parte de las cuestiones relativas á la dystocia considerada en nuestro país, razon por la que preferí recoger y presentar los pocos hechos de la práctica nacional, á hacer un mal extracto de lo que acerca de ella dicen los autores europeos.

Consultando el libro de historias de la casa de Maternidad podria creerse que es falsa de todo punto la proposicion que he asentado, puesto que en dicho libro se encuentran numerosísimos casos de estrechamiento pelviano; pero haré observar que los diámetros indicados allí han sido calculados por medio del pelvímetro de Baudelocque.

Dejando á un lado las buenas razones aducidas en contra de ese método, por algunos autores europeos, y por el Sr. Rodriguez aquí, las observaciones mismas de la casa de Maternidad demuestran hasta la evidencia que en ninguna de ellas se ha tratado de estrechamien-

to pelviano. Basta leer las principales para quedar satisfecho por completo de esta verdad.

Agustina Carrasco, en quien la pelvimetría señaló que el diámetro sacro-pubiano tenia ocho centímetros, y el transverso doce y medio, parió á término, natural y felizmente, el dia 30 de Setiembre de 1870.

El niño estaba bien desarrollado, vino en primera posicion de vértice, y el período de expulsion duró solo cinco horas y cuarto (de las seis de la tarde á once y cuarto de la noche).

Tomasa Cejudo, primípara en quien la pelvimetría externa señaló que el diámetro sacro-pubiano tenia nueve centímetros, y el transverso doce, parió á término, natural y felizmente, el dia 6 de Octubre del propio año, á una niña regularmente desarrollada. El período de expulsion solo duró hora y cuarto!!

Juana Torrescano, en quien la pelvimetría externa señaló iguales dimensiones que en el caso anterior, parió á término, natural y felizmente, á una niña que se presentó en la tercera posicion de vértice. El trabajo de parto comenzó á las cinco de la tarde del dia 5 de Octubre de 1870, y concluyó cuatro horas despues, á las 9 de la noche.

Francisca Perez, en quien la pelvimetría marcó nueve centímetros para el diámetro antero-posterior y doce para el transverso, parió á término, natural y felizmente, á una niña regularmente desarrollada. El parto duró unas cuantas horas, y á pesar de los resultados de la pelvimetría no se notó nada que fuese digno de fijar la atencion.

Aunque podria citar otros varios hechos semejantes, pues he copiado con exactitud del citado libro de la casa de Maternidad los resultados obtenidos allí con la pelvimetría de Baudelocque, me parece que lo dicho es bastante para que formemos de él el propio concepto que ha conquistado en las demas escuelas, en donde solo se la emplea para saber si una pélvis es simétrica ó

asimétrica, y no como medio diagnóstico para poder llenar indicaciones de una trascendencia que nadie desconoce. Joulin dice que en Francia se usa como complemento de instruccion, y que ha vuelto á ser lo que fué ántes de Baudelocque, *craniómetro de Stein*. Los resultados obtenidos en México confirman plenamente este modo de ver, y falta poco para que se leabandone por completo.

SECCION SEGUNDA.

OBSTACULO QUE OPONE EL CANAL UTERO-VULVAR.

Oblicuidad uterina.

Es bien sabido que al fin del embarazo, el útero generalmente está dirigido de delante atrás y de derecha á izquierda, pero que esta inclinacion no es un obstáculo en los momentos del parto, porque á poco de haber comenzado los dolores, en virtud de la situacion en que ordinariamente se coloca á la parturiente, á la vez que por las contracciones mismas del útero y las de las paredes abdominales, la matriz identifica su eje con el del canal pelviano, llenando de este modo la primera condicion para que el parto sea eutócyco «*ut infanti et utero et pelvi una et eadem sit axis.*» Sin embargo, en algunas ocasiones lo exagerado de la inclinacion uterina impide su reduccion espontánea, y entónces se observa que, no obstante lo frecuente y enérgico de las contracciones, la dilatacion del cuello marcha con mucha lentitud, y aun hay casos en que no puede completarse.

Se admiten tres variedades de oblicuidad uterina: una anterior y dos laterales. La primera se observa en las mujeres que por haber estado embarazadas muchas veces, por ascitis ó por otras causas, las paredes del vientre han sufrido una dilatacion considerable que por su larga duracion ó su frecuencia ha terminado por disminuir ó destruir la elasticidad de los músculos abdominales y ensanchar la línea blanca, de manera que el útero dilatado por el producto de la concepcion no encuentra en ellas una resistencia suficiente, y bascula hácia delante: este desalojamiento es más ó ménos extenso, segun la flaxidez de las paredes abdominales; cuando es muy exagerado el útero se inclina de modo que forma un tumor que cuelga adelante de los muslos de la mujer, de donde le viene el nombre de «*venter propendens*» que le dieron los parteros antiguos y el de vientre en figura de alforja que le han dado los modernos.

La inclinacion del cuerpo y fondo uterinos hácia adelante y abajo, y la del cuello arriba y atrás, fáciles de determinar por medio de la palpacion abdominal y del tacto por la vagina, son los signos por medio de los cuales se diagnostica la oblicuidad anterior; sin embargo, sucede á veces que la region presentada desciende á la excavacion arrastrando la pared anterior del útero, y ésta se adelgaza á tal grado, que á primera vista podria creerse que el cuello está completamente dilatado y la region presentada cubierta solo por las membranas; pero el error es fácil de evitar, porque recorriendo con el dedo las paredes de la vagina se encuentra la continuidad de tejido entre ellas y la delgada membrana que

cubre á dicha region, lo que demuestra que está constituida por la pared misma del útero. Además, llevando el dedo hácia el fondo del saco útero-vaginal posterior, se encuentra al orificio uterino mas ó menos dilatado y mirando directamente atrás.

La oblicuidad anterior de la matriz se corrige haciendo acostar á la mujer en el decúbito supino y aplicándole en el vientre una venda ancha que levante al cuerpo del útero y le coloque en su situacion normal.

Algunos recomiendan, á fin de corregir esta inclinacion, enganchar con uno ó dos dedos el labio anterior del cuello y llevarle al centro de la excavacion. Semejante maniobra es inútil y peligrosa: inútil, porque el brazo de palanca es muy corto para que la fuerza que obra pueda producir el resultado que se desea; y peligrosa, porque la excitacion permanente que se produce sobre el cuello es susceptible de provocar su espasmo, conforme los hechos lo demuestran.

Las oblicuidades laterales se distinguen en derecha é izquierda, segun que el fondo del útero se inclina á uno ú otro lado; siempre están complicadas con una desviacion del fondo hácia delante; la inclinacion á la derecha es la situacion normal del útero; al fin del embarazo no constituye un obstáculo al parto sino cuando pasa de ciertos límites; la izquierda se presenta excepcionalmente: ambas se diagnostican como la anterior, por medio de la palpacion abdominal y del tacto por la vagina; se corrigen de un modo análogo, acostando á la parturiente sobre el lado opuesto á aquel adonde se inclina el fondo del útero y poniéndole un vendaje ancho sobre el vientre que le mantenga en la situacion normal.

Obliteracion del útero.

Hay algunos casos en que en los momentos del parto se encuentra al orificio uterino estrechado ú obliterado por un tejido cicatricial, cuyo orígen se refiere á lesiones traumáticas de que ha sido sitio en un parto anterior ó á ulceraciones que han acabado por adherir los lábios del cuello, sea como terminacion espontánea de tales ulceraciones, sea como consecuencia de las cauterizaciones que se han practicado para curarlas. No es raro que estas lesiones se remonten á una época más ó ménos lejana; pero, como se concibe fácilmente, por remota que sea, la obliteracion del cuello no se completa sino despues que ha tenido lugar la concepcion.

Cuando hay obliteracion del cuello basta á ocasiones la intensidad de los dolores para vencer poco á poco la resistencia que opone el tejido inodular; la dilatacion del orificio se completa, y el parto no tarda en terminarse: en otras el tejido cicatricial resiste, el útero se cansa y sobreviene la inercia de la matriz: los autores europeos temen que las contracciones frecuentes, impotentes para vencer el obstáculo que se opone á la dilatacion del orificio, sean capaces de determinar la rotura del útero; pero hasta hoy no se ha citado un hecho solo en que se haya manifestado este tan terrible accidente.

La obliteracion uterina se combate destruyendo el tejido cicatricial que une á los lábios del cuello; se han propuesto instrumentos especiales para hacer esta pequeña operacion, á la que se ha dado el nombre de histerotomía vaginal, pero el bisturí ó las tijeras bastan. El manual

operatorio es sencillísimo: el Sr. Rodriguez recomienda se hagan pequeñas incisiones con la punta de un bisturí convexo, que vayan interesando poco á poco, en el mismo sitio y direccion y sobre el lugar prefijado de antemano, á los diversos planos del tejido uterino, cuidando de reconocer con el dedo de tiempo en tiempo para no ir á ciegas y exponerse á cortar las membranas: tan luego como se haya logrado dividir todo el espesor de la pared se abandonará el bisturí, y con las tijeras romas introducidas en la pequeña abertura se practicará una incision crucial que tenga por centro el punto obliterado y dividido previamente con el bisturí. Así lo ha practicado varias veces, solo ó asociado con otros profesores, el Sr. Dominguez entre ellos, y el resultado nada ha dejado que desear.

Rigidez del orificio uterino.

Se designa bajo el nombre de rigidez del orificio uterino la resistencia que éste opone á su dilatacion, independiente de toda alteracion de su tejido. Hay dos especies de rigidez del orificio; la una que se designa con el nombre de anatómica, y la otra es conocida con el de espasmódica; la primera tiene el carácter de una resistencia pasiva que se opone á la dilatacion del cuello, y la segunda, el de una fuerza activa que se opone á la marcha regular de los fenómenos fisiológicos del parto.

Examinando cuidadosamente el estado del cuello en caso de rigidez anatómica, se observa que las dos cavidades del útero no se confunden cual de ordinario sucede en la última quincena del noveno mes, *sino que*

conserva cierta longitud, lo que hace que cuando la dilatacion llega á cierto grado su circunferencia esté limitada por un borde grueso y resistente que le da el aspecto y consistencia de un anillo de cuero redondeado, y á veces, especialmente en los abortos y partos prematuros no muy cercanos al término natural, de un canal ó tubo mas ó ménos largo; además de estos caractéres, el cuello es indolente á la presion y no dilatable.

Cuando hay rigidez anatómica la dilatacion del cuello comienza como de ordinario, aunque con una marcha mas lenta, y una vez llegada á cierto grado se suspende; entonces el parto puede tener las mismas terminaciones que ya he mencionado al hablar de la obliteracion del cuello; esto es, que las contracciones se sobrepongan al obstáculo, ó acaben por agotarse ó por producir la rotura del útero.

La rigidez anatómica puede confundirse con el hinchamiento pasajero que presenta el cuello inmediatamente despues de que la fuente se ha roto, ó cuando la region presentada está muy alta ó no se adapta perfectamente al estrecho superior; pero se distingue fácilmente porque este último se presenta inmediatamente despues de que la fuente se ha roto, mientras que la rigidez existe desde el principio del trabajo; además, en el hinchamiento el cuello es dilatable, no opone resistencia alguna á la marcha del trabajo, y presenta ese estado durante muy corto tiempo. Algunos creen que es posible la confusion entre la rigidez anatómica y la espasmódica, pero como luego veremos tienen caractéres enteramente opuestos.

Cuando hay rigidez anatómica del cuello es de todo punto inútil tratar de vencerla por medio de fricciones con el extracto blando de belladona ú otros medios análogos; no queda otro recurso que atacarla por medio de las inyecciones de agua, segun el procedimiento de Kiwisch modificado por los señores Hidalgo Carpio y Rodriguez, [1] hasta que se consiga su completa dilatacion. Si acaso hay algun peligro que amenace la salud ó la vida de la madre y del feto y que requiera la pronta terminacion del trabajo, se recurrirá al desbridamiento del cuello conforme al procedimiento ordinario.

Los autores europeos no dicen cuál sea la causa de la rigidez anatómica. El Sr. Rodriguez no vacila en atribuirla á que el tejido del cuello uterino, entónces, no se trasforma completamente en tejido muscular; y funda su opinion en que, segun han demostrado las investigaciones de Helie, la trasformacion muscular del tejido del útero se efectúa, durante los tres primeros meses del embarazo en el fondo, en los tres siguientes en el cuerpo, y durante los tres últimos en el segmento inferior y en el cuello: ahora bien, como la rigidez anatómica se presenta en todos los abortos y partos prematuros, y en estos últimos es tanto más notable cuanto el parto es mas temprano, nada hay mas lógico y natural que atribuir el obstáculo que presenta el cuello á que su tejido no se ha trasformado completamente en mus-

1 El Sr. Hidalgo Carpio ha modificado el procedimiento de Kiwisch haciendo uso de una jeringa comun en lugar del aparato especial propuesto por este autor. Casi al mismo tiempo y sin tener noticia de la observacion del Sr. Carpio, el Sr. Rodriguez hizo la misma sustitucion y modificó el procedimiento haciendo las inyecciones continuas; de este modo ha podido provocar el parto, alguna vez, al cabo de un cuarto de hora.

cular; este concepto ha sugerido al Sr. Rodriguez la idea de aplicar á la rigidez anatómica el mismo procedimiento que se emplea para provocar el aborto y el parto prematuro, las inyecciones de Kiwisch. Las investigaciones de Helie y los buenos resultados obtenidos con el tratamiento propuesto demuestran á mi juicio la exactitud de la opinion del Sr. Rodriguez.

Contraccion espasmódica del orificio uterino.

Este accidente consiste en una contraccion activa y permanente del orificio, que impide su dilatacion: cuando existe se encuentra al orificio limitado por un borde delgado y cortante, está caliente, seco y doloroso á la presion, y no es dilatable; en suma, tiene todos los caractéres que presenta en el momento de las contracciones, pero de una manera contínua. Si se observa la marcha que sigue la dilatacion del orificio en los casos de contraccion espasmódica, se ve que una vez que ha llegado á cierto grado, en el momento que se desarrolla el espasmo, la dilatacion retrocede en virtud de una contraccion que neutraliza y aun supera á la de las fibras del cuerpo.

En algunos casos la contraccion espasmódica del orificio es pasajera y solo opone un obstáculo momentáneo á la marcha del trabajo; otras veces el cuello uterino parece dilatarse, pero apénas ha salido la cabeza vuelve sobre sí y se aplica exactamente sobre el cuello del feto; entónces se observa que á cada contraccion la cabeza desciende, y que vuelve á ocupar su lugar primitivo tan luego como aquella ha pasado; por último, en algunos casos el

espasmo no cede un solo instante y requiere la pronta intervencion del arte.

Algunos pretenden que es posible confundir la rigidez anatómica del cuello con la contraccion espasmódica; pero para mí tienen caractéres tan opuestos y marcados, que no me parece exacta tal asercion: en todo caso bastará recordar que en la rigidez anatómica el cuello conserva cierta longitud y es indolente á la presion, miéntras que en la contraccion espasmódica, se borra y se pone doloroso. Cuando la contraccion espasmódica se presenta despues de que la cabeza ha salido del orificio uterino y estrangula al cuello del feto, entónces podria tomársela por un acortamiento natural ó accidental del cordon, ó por una resistencia del perineo, en razon á los movimientos alternativos de elevacion y descendimiento de la cabeza que entónces se presentan; pero el diagnóstico se establece, porque ademas de que en algunos casos el estado anterior del cuello hace sospechar de qué se trata, en todos basta deslizar los dedos hasta el cuello del feto para saber en qué consiste el obstáculo á la marcha del parto.

La contraccion espasmódica del cuello se desarrolla bajo la influencia de las mismas causas que las viciosas, pero especialmente á consecuencia de las maniobras que algunos parteros practican con objeto de acelerar la dilatacion del cuello ó de llevarlo al centro de la excavacion, y que consisten en enganchar con el dedo el labio anterior del cuello y en hacer tracciones sobre él.

Para hacer desaparecer el estado espasmódico del cuello, se han recomendado y usan con mucha frecuencia las fricciones repetidas en el cuello uterino con extracto blando

de belladona, sin que hasta hoy se haya demostrado la utilidad de este medio, que aplicado inconsideradamente ha traido en algunos casos síntomas de intoxicacion; los baños tibios generales ó de asiento tienen una accion mucho mas eficaz, demostrada por multitud de hechos; pero si fueren insuficientes se recurrirá á las lavativas laudanizadas ó á las inhalaciones de cloroformo llevadas hasta la anestesia, á no ser que se presente algun peligro para la vida de la madre ó del producto que exija la pronta terminacion del trabajo, en cuyo caso no queda otro recurso que el desbridamiento del cuello.

Trombus del cuello uterino.

Cuando en las presentaciones de vértice se rompe la fuente ántes de la completa dilatacion del orificio, especialmente si la cabeza ha descendido á la excavacion arrastrando consigo la pared anterior del útero, el labio anterior del cuello queda comprimido entre la cabeza del feto y la sínfisis pubiana, lo que tiene pocos inconvenientes si las contracciones son bastante frecuentes y enérgicas para que el parto se termine pronto; pero si la marcha del trabajo se retarda, la compresion que sufre el labio anterior embaraza su circulacion y trae una infiltracion sanguínea de su tejido, que á un grado mas avanzado puede trasformarse en un derrame.

En estos casos la marcha del trabajo es muy lenta, y aun puede suceder que su terminacion espontánea sea imposible, porque en virtud de la infiltracion sanguínea de que es sitio, el labio anterior pierde su elasticidad, y contribuye muy poco á la dilatacion del cuello, que se

completa casi solo á expensas del labio posterior; ademas la dilatacion se acompaña de dolores tan vivos, que no es raro que las contracciones se suspendan por accion refleja: á estos obstáculos hay que agregar otro no ménos importante, constituido por el mismo labio anterior, que á veces adquiere tales dimensiones que reduce de un modo notable los diámetros de la excavacion y se opone mecánicamente á la expulsion del feto. Sin embargo, aun entónces es posible que el parto termine espontáneamente; así lo he visto en la clínica de Maternidad en compañía de mi maestro el Sr. Ortega (A.) y del Sr. Huici, mi condiscípulo y amigo. Se trataba de una primera posicion de vértice; el labio anterior formaba un tumor voluminoso, como del tamaño de un limon, y estaba situado abajo de la cabeza abrazando su extremidad occipital. Se disponia el Sr. Ortega á hacer escarificaciones en él, cuando despues de una contraccion sumamente dolorosa se presentó la cabeza en la vulva, arrastrando al labio anterior que apareció bajo la forma de una gruesa membrana de color amoratado muy subido y cubriendo á la region occipital, que estaba encajada bajo de la sínfisis del púbis; cuando se completó la expulsion, el occipital abandonó la especie de casquete de que estaba cubierto, y el labio anterior se retrajo desapareciendo á nuestra vista.

Los caractéres que presenta el trombus del labio anterior son muy marcados, y con su auxilio es imposible confundirle con los diversos tumores de que el cuello uterino puede ser sitio; en efecto, el trombus está constituido por un tumor que se desarrolla durante el parto despues de rota la fuente, y que está limitado al labio

anterior, miéntras que los tumores de otra naturaleza son anteriores al trabajo del parto y no tienen lugar fijo. Me limito á enumerar estos caractéres distintivos, porque son fáciles de determinar, y suficientes para establecer el diagnóstico de que me ocupo. En los casos de ligera infiltracion, cuando solo hay aumento en el espesor del labio, podria creerse que habia rigidez anatómica; pero su circunscripcion al labio anterior evita todo motivo de error.

Cuando la infiltracion sanguínea del labio anterior se oponga á la marcha del parto, se tratará de hacer cesar la compresion que la origina, para lo cual se introducen los dedos de la mano derecha hasta que sus extremos toquen al borde del labio; despues, durante la quietud del órgano, se empuja metódicamente con ellos para hacerle deslizar por la region occipital de la cabeza y colocarle en la nuca; una vez logrado eso, se extrae la mano. Si una tentativa fracasa, se repite varias veces hasta conseguirla. Si despues de varias tentativas no se obtiene la reduccion del labio ó si el espesor de éste es tan considerable que se considere imposible su reduccion, se harán escarificaciones con objeto de provocar el escurrimiento sanguíneo y su desengurgitamiento.

Resistencia del canal vulvo-vaginal.

La diminucion de calibre del conducto vulvo-vaginal originada por la presencia de bridas ó cicatrices que se hayan formado allí á consecuencia de lesiones de diversa naturaleza, la persistencia del hímen despues de la concepcion, el estrechamiento de la vulva por adherencias

de sus grandes labios, etc., etc., son causas que se oponen á la marcha del trabajo, pero no insuperables á los esfuerzos del organismo, conforme lo demuestran multitud de hechos nacionales y extranjeros en los que se ha visto al obstáculo ceder á influencia de las contracciones uterinas. Lo frecuente de semejante terminacion en casos de esta naturaleza, y los peligros que puede traer la incision de las bridas ó cicatrices de las paredes vaginales, en las que, á consecuencia de la dilatacion que sufren para dar paso al producto de la concepcion, la mas pequeña incision puede trasformarse en una enorme desgarradura, han hecho que los prácticos de todos los países consideren á la expectacion como la regla de conducta que debe en ellas seguirse; sin embargo, si el obstáculo es de tal naturaleza que no haya esperanza de que sea vencido por los esfuerzos del organismo será necesario intervenir, tratando, ante todo, de que la pared resistente se dilate poco á poco y no vaya á desgarrarse, lo que se consigue haciendo tracciones graduales y sostenidas por algun tiempo sobre el producto de la concepcion, con la mano ó con el forceps, segun fuere la indicacion. No se usará del instrumento cortante sino como último recurso, y cuando el partero esté plenamente convencido de la impotencia de los medios anteriores, aunque nunca debe olvidar que en los casos mas desesperados en apariencia la naturaleza solo ha bastado para terminar el parto, como lo prueba la siguiente observacion del Sr. Ortega (F), que tomo de la coleccion de casos tocológicos mexicanos curiosos que ha hecho el Sr. Rodriguez.

«A consecuencia de la compresion que en el primer parto de la Sra. C. ejerció por largo tiempo la cabeza de un fe-

to á término sobre la pared anterior de la vagina sobrevino una esfacela de aquel canal, que dejó una pérdida de sustancia que al cabo de algun tiempo cicatrizó, determinando un estrechamiento al nivel de su tercio superior por donde no podia pasar el índice. Se hizo embarazada de nuevo, y, á pesar de eso, se verificó el parto en presentacion pelviana, desgarrándose la cicatriz y abriendo paso al feto sin inconveniente. El Sr. Ortega, que asistió á la señora, no tuvo que intervenir para nada ni en el parto ni en el puerperio. El estrechamiento desapareció á tal grado, que la Sra. C. ha podido dar á luz á otros niños natural y felizmente.»

Hechos semejantes al que acabo de referir son muy raros en México; pero sí se observa con mucha frecuencia una resistencia del canal vulvo-vaginal, independiente de toda alteracion de los tejidos que le forman, propia de las primíparas, y que, segun el Sr. Rodriguez cree, depende de la estrechez de la vagina y de la pequeñez de la vulva, lo cual es acompañado, no raras veces, del acorazamiento pelviano; la poca extension del diámetro coxi-pubiano naturalmente determina en estos casos la del canal vaginal y la de los órganos externos de la generacion. Despues de que el Sr. Rodriguez me ha hecho fijar la atencion sobre este punto he tenido oportunidad de medir la vulva y el perineo de algunas enfermas del hospital de San Juan de Dios, y he encontrado exactas las aserciones de aquel profesor, cual lo demuestran las observaciones siguientes, recogidas en mujeres de talla ordinaria y aun elevada.

Amelia Quiros, natural de México, de 23 años de edad, tiene de la conmisura posterior de la vulva á la raíz del clítoris 52 milímetros, de la conmisura posterior de la vulva á la márgen del ano 16.

Josefa Rodriguez, de 19 años de edad, natural de México, tiene un perineo de la extension de 16 milímetros, y la vulva solo mide 47.

Isabel Martinez, natural de Toluca, de 16 años de edad, tiene una vulva de 36 milímetros! y un perineo de la longitud de 25.

Guadalupe Delgado, natural de Guadalajara, de 16 años de edad, tiene una vulva de la longitud de 47 milímetros, y un perineo de 18.

En todas estas mujeres la pared anterior de la excavacion tiene una altura mayor que la normal, y por lo mismo el diámetro coxi-pubiano es mas corto. Ya he dicho cuáles son las medidas de Amelia Quiros y de Josefa Rodriguez en la parte que trato de la pélvis acorazada; y aunque allí deberia de haber consignado las otras que acabo de mencionar, no lo hice así porque las recogí posteriormente, en una época en que ya no me era posible colocarlas en el lugar debido; sin embargo, como son tan importantes no vacilo en darlas en seguida.

Isabel Martinez. Altura del púbis, 53 milímetros; longitud del diámetro coxi-pubiano, 83.

Guadalupe Delgado, Altura del púbis, 65 milímetros; diámetro antero-posterior del estrecho inferior, 76.

Joaquina Ortiz, de 22 años de edad, natural de Guanajuato, tiene la pélvis acorazada; el púbis mide 68 milímetros, y el diámetro coxi-pubiano 70; el perineo no existe, pues la vulva solo se encuentra separada del ano por el tabique recto-vaginal. Esta mujer ha tenido dos partos y un aborto: en su primer parto el trabajo duró ocho dias, y cinco en el segundo.

El Sr. Rodriguez posée en su coleccion anatómica una

pélvis recogida en el anfiteatro de la Escuela de Medicina, estrecha de un modo absoluto, á la vez que acorazada: hé aquí las dimensiones de sus diámetros, tales como me las ha comunicado dicho profesor.

Estrecho superior. Diámetros.	ántero-posterior	m. 0.097
	trasverso	„ 0.109
	oblícuos	„ 0.108
Excavacion. Diámetros.	ántero-posterior	„ 0.104
	trasverso	„ 0.102
	oblícuos	„ 0.106
Estrecho inferior. Diámetros.	ántero-posterior	„ 0.074
	trasverso	„ 0.078
	oblícuos	„ 0.080
Alturas	de la pared pubiana	„ 0.052
	de la lateral	„ 0.097
	de la posterior	„ 0.104
Longitud de la curva de la cara anterior del sacro		„ 0.120
„	entre las dos crestas ilíacas	„ 0.240
„	entre las espinas ilíacas ántero-superiores	„ 0.220
„	entre las espinas ilíacas ántero-inferiores	„ 0.179
„	entre la espina ilíaca póstero-inferior y la tuberosidad isquiática	„ 0.163
Altura de la pélvis		„ 0.190
Distancia entre el apófisis espinoso de la vértebra sacra y el púbis		„ 0.172
„	entre el apófisis espinoso de la primera vértebra sacra y la espina ilíaca ántero-superior	„ 0.150
„	entre el apófisis espinoso de la primera vértebra sacra y la tuberosidad isquiática	„ 0.170

Reanudando el hilo de mi discurso, he dicho ya que el Sr. Rodriguez explica lo difícil del descendimiento y desprendimiento de la cabeza del feto, en nuestras primíparas sobre todo, tanto por el poco calibre de la vagina y de la vulva, cuanto, y esto es lo mas importante, por la mayor altura que en ciertos casos tiene la pared anterior de la pélvis. El perineo, para él, si llega á oponer alguna resistencia, nunca es tal que pueda y deba

ser reputada, en muchas mujeres al ménos, como la causa principal, en atencion á que los planos aponeuróticos que entran en su composicion, y que en realidad son los únicos resistentes, no tienen tales dimensiones que prolonguen demasiado la curva sacro-perineal hasta medir doce y medio centímetros, segun dicen los autores sucede en las europeas. Su enorme dilatacion (por otra parte) les adelgaza á un grado sumo entre nosotros, lo que explica su fácil, y pudiera decir inevitable desgarradura, aun cuando sea sostenido con exquisito cuidado. El Sr. Rodriguez, que ha comunicado estas ideas á prácticos muy distinguidos, como los Sres. Muñoz, Martinez del Rio, Vértiz, Jimenez (M), etc., etc., ha oído de boca de estos profesores, que sea cual fuere la atencion que se ponga en el sostenimiento del perineo, frecuentemente han sentido desgarrarse aquel tabique bajo de sus manos, adelgazado á un grado que parece increible.

El Sr. Jimenez, tratando de prevenir este accidente, propuso desde el año de 1865 una maniobra que describió con todos sus detalles en un pequeño artículo que dió á luz en Noviembre de 1864, y que puede verse en el tomo primero de la «Gaceta Médica,» página 265.

El Sr. Bandera ha manifestado al Sr. Rodriguez las dificultades con que ha tropezado á menudo para aplicar el espejo de útero y la imposibilidad de hacer uso de los grandes modelos del de Fergusson en la generalidad de las mujeres que se asistian en la clínica ginecológica del hospital de San Andres, en el tiempo que estuvo encargado de este servicio.

TERCERA PARTE.

OBSTACULOS QUE OPONE EL PRODUCTO DE LA CONCEPCION.

Consideradas de una manera general las causas de dystocia por parte del producto de la concepcion, puede decirse, con el Sr. Rodriguez, que ellas consisten en que aquel se aboca con el estrecho superior por una region que en virtud de su volúmen, de su situacion ó de otras varias causas, no es posible que penetre y recorra el canal pelviano. De esta manera pueden ser reputadas las siguientes: aumento de volúmen general ó parcial del feto, presentaciones viciosas, posiciones desfavorables, presentaciones inclinadas ó complicadas por la procidencia ó caidas de uno ó varios miembros, fetos múltiples aislados ó adherentes, ciertas anomalías y algunas monstruosidades.

SECCION PRIMERA.

Aumento de volúmen general ó parcial del producto de la concepcion.

Una de las condiciones necesarias del parto eutócyco es que el volúmen del feto sea proporcionado al canal que tiene que atravesar; si no existe esa proporcion, sea porque la pélvis esté estrecha ó porque el producto haya

aumentado de volúmen por hipergénesis ó por enfermedad, el parto es difícil, peligroso ó imposible.

Ya he dicho algunas palabras acerca del estrechamiento pelviano: voy á ocuparme ahora del aumento de volúmen del feto.

Este aumento de volúmen puede ser parcial ó general. Aquel puede tener lugar en la cabeza, en los hombros, en el torax y en el abdómen. En México se han dado casos de dystocia por hipergénesis cefálica, por hidro y por macrocefalia.

En el aumento de volúmen por excesivo desarrollo, se ha observado algunas veces que las suturas y las fontanelas han sido bastante amplias para que por una acomodacion exagerada, debida á los esfuerzos de la matriz, y sobre todo á las contracciones del segmento inferior, los diámetros de la cabeza se redujeron á un grado tal que la expulsion tuvo lugar de una manera natural, aunque no por eso ménos asombrosa. Otro tanto puedo decir de algunos casos de hidrocefalia, meningocefalia y de cefalomátomos verdaderos bastante voluminosos. Pero no puede decirse lo mismo respecto á la macrocefalia, pues la osificacion temprana de las suturas y la de los huesos wormianos impide por lo comun la reduccion de volúmen; aun en aquellos casos en que la osificacion es la única que se ha anticipado, el parto natural no ha sido posible.

El desarrollo exagerado de la cabeza del feto se puede diagnosticar, porque no obstante la buena conformacion de la madre, lo enérgico y frecuente de los dolores, y la buena presentacion y posicion del producto, la marcha del trabajo se suspende inmediatamente que se inicia el período de expulsion. En cuanto á la causa que produce

este aumento de volúmen, solo llega á conocerse con cierta probabilidad cuando depende de una hidrocefalia, porque haciendo el tacto vaginal despues de que se haya roto la fuente, y en el momento de los dolores, se encuentra al tegumento cabelludo formando una bolsa tirante, que da una sensacion enteramente igual y por idéntico motivo á la que la bolsa de las aguas produce cuando se la explora en el período vecino de su madurez durante las contracciones uterinas.

La macrocefalia podria diagnosticarse por la falta de las suturas y de las fontanelas; y el simple desarrollo excesivo, por la amplitud de las suturas en el intervalo de los dolores y lo exagerado del cabalgamiento de los huesos durante ellos; pero la altura á que permanece siempre la cabeza en estos casos se opone á que el observador pueda apreciar debidamente todos estos pormenores por el tacto vaginal, y ademas dichos signos no son patognomónicos, puesto que puede encontrárseles en cabezas de volúmen normal.

Todo cuanto he dicho relativamente al diagnóstico se refiere á las presentaciones de vértice; en las otras, especialmente las de la extremidad pelviana, como el tronco es expulsado primero, no pueden tenerse ni aun sospechas del aumento de volúmen de la cabeza sino hasta el momento en que se detiene: lo infructuoso de las maniobras en semejantes casos, y la exploracion mediata á través de las paredes abdominales, ó la inmediata llevando la mano al interior del útero cuando esto sea posible, darán algunos datos que hagan presumir cuál es la naturaleza del obstáculo.

Cuando la marcha del trabajo se suspende á causa del

gran volúmen de la cabeza del feto, no queda otro recurso que la aplicacion del forceps; por este medio no es raro que hayan podido extraerse algunos niños, varios de ellos vivos é ilesos. Pero la aplicacion de esa pinza no siempre podrá ser coronada de éxito, en cuyo caso habrá necesidad de disminuir el volúmen de la cabeza por medio de la craniotomía, y aun de la cefalotripsia si aquella no es suficiente. La hidrocefalia y la infiltracion sero-sanguinolenta excesiva del tegumento cabelludo hacen excepcion á esta regla; cuando de ellas dependa el obstáculo á la marcha del trabajo hay esperanza de que la cabeza se acomode en el canal y el parto termine espontáneamente; mas si el tiempo trascurre sin que avance, sobre todo si se agotan los esfuerzos del organismo, habrá que disminuir el volúmen de la cabeza dando salida al líquido por medio de una puncion con el trocar, y despues se hará la aplicacion del forceps si aquel medio no bastare.

En cuanto al aumento de volúmen general del feto, puede ser fisiológico ó patológico, y este último, producido por anasarca, enfisema subcutáneo general á consecuencia de la muerte y putrefaccion del feto; los obstáculos que se oponen entónces á la marcha del trabajo son de la propia naturaleza de los que se presentan cuando el aumento de volúmen está limitado á la cabeza del feto, y se vencerán del mismo modo, puesto que una vez extraída ésta, quedan sucesivamente accesibles á los instrumentos á propósito las cavidades del pecho y del vientre para reducir su volúmen por simples incisiones ó por medio de la evisceracion.

SECCION SEGUNDA.

Presentaciones viciosas.

Se designan con el nombre de presentaciones viciosas, aquellas en que el producto de la concepcion no se aboca con el estrecho superior por los extremos de su gran diámetro; es decir, á las presentaciones de tronco ó trasversales.

En las presentaciones de tronco, el feto de ordinario se aboca con el estrecho superior por las regiones laterales; de manera que hay dos clases de presentaciones, segun que se aboca el plano lateral derecho ó el izquierdo, y como en cada una de ellas el dorso del feto puede estar mirando hácia delante ó hácia atrás, de aquí resultan las cuatro posiciones siguientes:

Plano lateral derecho..	Ilíaca izquierda (dorso) anterior. Ilíaca derecha (dorso) posterior.
Plano lateral izquierdo.	Ilíaca derecha (dorso) anterior. Ilíaca izquierda (dorso) posterior. (1)

Se reputan como causas de presentaciones viciosas, la abundancia de líquido amniótico, que hace perder al útero su forma regularmente ovoide, la conformacion viciosa de este órgano, que á veces tiene mas largo el eje trasversal que el longitudinal, lo que obliga al feto á colo-

(1) Véase el «Cuadro sinóptico de las presentaciones y posiciones del feto, dispuesto por el profesor D. Juan María Rodriguez,» año de 1871, y la Tésis inaugural del Sr. D. Ricardo Vértiz.

carse trasversalmente, y las contracciones parciales de la matriz, que tanto en los últimos dias del embarazo como en los momentos del parto son susceptibles de cambiar una presentacion longitudinal en trasversal, y vice versa. Los autores europeos miran tambien á la muerte del producto como una causa de presentacion viciosa, y se fundan en que las presentaciones de tronco son muy frecuentes en los partos de fetos muertos; pero no me parecen de ningun valor las estadísticas en que se apoyan, porque no expresan si el feto ántes de morir se presentaba de otra manera, y porque es muy fácil se haya tomado al efecto por la causa, pues demasiado sabido es que en las presentaciones viciosas el feto generalmente muere si no se atiende con la debida oportunidad á la parturiente.

En las presentaciones de tronco, como en todas las demas, el diagnóstico se compone de dos partes, el de la presentacion y el de la posicion; ambas pueden establecerse por la exploracion mixta por maniobras externas segun el procedimiento del Sr. Rodriguez; quiere decir, combinando debidamente los datos de la inspeccion, palpacion y auscultacion abdominales. Los signos que dan á conocer una presentacion del tronco son los siguientes: la mujer siente los movimientos del feto en una gran superficie, ya hácia la pared anterior del útero, ya hácia la posterior; á veces son enérgicos y aun dolorosos en el primer caso, y sordos y hasta imperceptibles en el segundo; el mayor diámetro del ovoide uterino es trasversal y no longitudinal, y en los extremos de aquel, siente la mujer, y percibe el partero, dos tumores voluminosos, uno de los cuales siempre se halla mas alto

que el otro. Con solo estos datos proporcionados por la inspeccion del vientre se puede sospechar una presentacion de tronco, de la que muy presto se tiene una completa certidumbre practicando la palpacion abdominal y la auscultacion. En efecto; por medio de la palpacion se encuentra hácia una de las fosas ilíacas un cuerpo esferoide y resistente, que por su forma y consistencia se comprende que es la cabeza del feto; en la del lado opuesto se halla otro semejante, ménos duro y mas voluminoso, formado por la extremidad pelviana. Prosiguiendo la exploracion, unas veces se encuentra en la region hipogástrica un cuerpo resistente, cilondroide, que une á los dos anteriores, y es el dorso del feto; y otras, pequeños tumores redondeados, suaves y móviles, que son sus pequeños miembros. En el primer caso solo la mujer siente los movimientos propios, abajo, detrás, profunda y sordamente; y en el segundo, ella y el partero les perciben abajo, adelante, superficial y claramente, cuyas diferencias marcan, allá, la situacion anterior del dorso, y acá, la posterior. En una y en otra la sensacion quística se encuentra en el segmento superior de la matriz.

Por medio de la auscultacion se sabe que los latidos del corazon del feto tienen su máximum de intensidad en la zona sub-umbilical, y que ellos se prolongan mas trasversalmente que en otro cualquier sentido. Esto, que es fácil de precisar en las situaciones dorso-anteriores (*la primera del hombro derecho, y la primera del izquierdo*), no puede serlo en las posteriores (*segunda del hombro derecho y segunda del izquierdo*) si se pretende conseguirlo auscultando la region hipodrástica, y la razon, por

tan obvia, debo excusarla. Mas el Sr. Rodriguez ha descubierto un arbitrio por medio del cual auscultando por la porcion del fondo del útero accesible al estetoscopio se logra fijar el sitio del máximum de los latidos del corazon, y la direccion adonde mas se trasmiten éstos. La cosa es bien sencilla. Puesta la mujer en decúbito supino y de modo que las paredes del vientre estén en la mayor relajacion posible, se aplica el pabellon del estetoscopio sobre la pared del vientre que toque á la pared anterior del fondo de la matriz, se comprime poco á poco esa parte con dicho pabellon para poner en contacto íntimo las paredes abdominal y uterina, y desalojar al líquido interpuesto entre esta última y el tronco del feto, y se recorre el campo á derecha é izquierda. Procediendo de este modo no solo se llega á precisar el sitio del máximum de los latidos, sino la direccion en que se propagan, como alguna ocasion ha tenido la bondad de demostrármelo el Sr. Rodriguez.

De estos signos se reputan como patognomónicos de las presentaciones de tronco: la situacion de la cabeza en una de las fosas ilíacas, y la de las nalgas en la opuesta; la sensacion dorsal del feto, y las regiones y direccion en que se propagan los latidos del corazon fetal.

El diagnóstico de la posicion es fácil en razon á que de las cuatro posiciones de tronco hay dos en las que el dorso del feto está dirigido hácia adelante (la primera y la tercera), y dos en que está dirigido atrás (la segunda y la cuarta): pues bien, si por medio de la palpacion y de la auscultacion se encuentra al dorso del feto dirigido hácia delante, es evidente que se trata de la primera ó de la tercera posicion, y éstas se distinguen entre sí, por-

que en aquella la cabeza está situada en la fosa ilíaca derecha, adonde se la encuentra por medio de la palpacion; y si acaso no se la siente bien, bastará, para saber el lugar que ocupa, precisar el sitio del máximum de los latidos y ver hácia qué lado se propagan mas; hácia ese lado está la extremidad pelviana del feto. Cuando no se encuentra la sensacion dorsal ni los latidos del corazon del feto, solo se perciben auscultando por el fondo uterino si el dorso mira hácia atrás; quiere decir, si se trata de la segunda ó cuarta posicion del tronco: en la segunda la cabeza está en la fosa ilíaca derecha, y en la tercera en la del lado opuesto. Bastará, pues, determinar el lugar en donde se encuentra la cabeza, para saber de cuál de las dos se trata, y esto se consigue fácilmente por medio de la palpacion y de la auscultacion, como en el caso anterior.

Respecto á los resultados suministrados por el tacto vaginal, son nulos durante los últimos meses del embarazo, porque la region presentada está situada muy arriba y no se alcanza con el dedo; en los momentos del parto ordinariamente desciende á la excavacion el hombro del plano lateral que se presenta; otras veces el codo ó la mano. Las sensaciones que entónces suministra el tacto vaginal y su interpretacion se encuentran en todos los autores clásicos, razon por la cual no me detendré en ellas.

El parto por la extremidad pelviana puede terminarse espontáneamente de tres maneras: por las versiones podálica y cefálica, y la evolucion espontáneas. Las versiones cefálica y podálica espontáneas son el resultado de contracciones parciales de la matriz: aunque muy favo-

rables por sus resultados son de tal manera raras, que el partero en un caso dado debe obrar como si no fueran posibles. En cuanto á la evolucion espontánea, es mucho mas rara aún, porque para que pueda tener lugar son necesarias tres condiciones que no es fácil encontrar reunidas, y son, que la pélvis sea amplia, el feto pequeño ó muerto, y las contracciones enérgicas. ¿De qué manera podrá reunir el práctico estas tres condiciones en un caso dado? ¿De qué medios se valdrá para saber siquiera si existen ó no? ¿Si esto es imposible, no es imprudente esperar y fiarse en la casualidad?

Puesto que en las presentaciones del tronco la resolucion espontánea del parto no es posible en la inmensa mayoría de casos, no queda otro recurso que convertirla en longitudinal; esto es, hacer la version. ¿En qué momento debe operarse? ¿Cuál de los procedimientos propuestos debe preferirse? Hé aquí las dos cuestiones que debe resolver el práctico en cada caso, y de cuya solucion depende la vida de dos ó mas séres.

Todos los parteros están de acuerdo en que la version debe practicarse tan luego como el orificio uterino esté completamente dilatado ó inmediatamente despues que la fuente se haya roto: las razones que hay para proceder en esos momentos son, que el feto goza entónces de una gran movilidad (condicion indispensable para poder hacer la version), que su vida aun no ha sido comprometida un solo instante, puesto que está protegido por el líquido amniónico, y que los órganos de la madre, por igual razon, no han sufrido aún ningun traumatismo, y será muy ligero el que determine la operacion, que en tales circunstancias es en extremo sencilla é inocente.

Mas tan luego como se deja pasar la oportunidad, ó se ha llegado tarde, como sucede á menudo, á medida que trascurre el tiempo la version no produce buenos resultados, ni tiene la inocuidad que en el caso anterior, porque una vez rota la fuente el líquido amniónico continúa escurriendo en cada contraccion hasta que llega á agotarse; entretanto, el útero, en virtud de su tonicidad, se retrae á medida que se vacía: la circulacion sanguínea de su capa vascular se entorpece, los cambios osmóticos entre las placentas fetal y materna no se efectúan con la actividad necesaria para mantener la vida del feto, y éste perece víctima de una asfixia lenta que podria compararse á aquella á que sucumben los animales cuya piel se halla cubierta de un barniz impermeable. La situacion de la parturiente no es ménos terrible; fatigada por lo largo y penoso del trabajo sufre las consecuencias del traumatismo uterino (metrítis, peritonitis, rotura del útero y de la vagina, etc., etc.), en razon á que la matriz se contrae directamente sobre el producto: en semejantes circunstancias los resultados de la version no pueden ser peores; por ella solo se consigue extraer á un feto muerto ó cuya vida está próxima á extinguirse, y agregar al traumatismo fisiológico el patológico que produce una maniobra laboriosa y larga; ambos llegan á veces á una suma tan considerable, que la mujer no puede ménos que sucumbir. Miéntras mayor sea el tiempo que trascurra, más se aproximará la situacion al término de la espera; es decir, habrá ménos esperanzas para salvar la vida de la madre y del hijo.

Respecto al procedimiento operatorio que debe elegirse, depende sobre todo de las circunstancias en que se

encuentre á la paciente: si, como aconseja el Sr. Rodriguez, se ha explorado á la mujer en los últimos meses del embarazo, el partero recomendará se le llame luego que se inicie el trabajo del parto, con objeto de encontrarse cerca de ella en los momentos oportunos para operar. Si ha procedido de esta manera ó si es bastante feliz para llegar á tiempo de que el cuello esté completamente dilatado y aun no se rompan las membranas, deberá intentar preferentemente la version por maniobras externas, del todo inocente y eficaz porque dá muy buenos resultados, segun hemos tenido ocasion de ver tanto en la clínica de Maternidad como en algunos casos de la ambulante. Si despues de haber intentado varias veces esta maniobra no se consiguiere convertir la presentacion trasversal en longitudinal, ó si fuere uno llamado cuando ya se halle rota la fuente, se operará segun el procedimiento de Celso, que es en extremo fácil en el primer caso. Pasado cierto tiempo la maniobra se hace más y más difícil y peligrosa, al grado que llega un momento en que despues de varias tentativas prudentes, pero infructuosas, no queda otro recurso que la embriotomía.[1]

1 En Europa se practica la embriotomía haciendo la degollacion del producto, sea por medio de las tijeras de Dubois, del gancho de Ramsbotham (padre) del cuchillo articulado de Jacquemier, ó de la sierra de cadena colocada con el conductor de Tarnier etc. etc.; pero haciendo la degollacion, se tropieza con el grave inconveniente de que la cabeza no siempre puede ser extraida despues. El Sr. Ortega (A.) lo ha evitado haciendo un corte oblícuo desde la axila del lado opuesto al que se presenta, hasta la base del cuello en el lado presentado: de esta manera queda unido un brazo á la cabeza, y esto hace en extremo fácil su extraccion. El procedimiento operatorio es el siguiente: se coloca á la mujer en la postura tocológica; en seguida se introduce la mano homónima del lado hácia donde está situada la cabeza, la que se ha tenido la precaucion de engrasar ántes por el dorso, entre la pared uterina y el dorso del feto, hasta que los dedos lle-

SECCION TERCERA.

Posiciones desfavorables.

El Sr. Rodriguez dá el nombre de posiciones desfavorables, á aquellas en que aun cuando se hallen abocadas con el estrecho superior las regiones tocológicas [1] correspondientes á los extremos longitudinales del

guen á la axila; hecho esto, se desliza el conducto del divisor cefálico de Joulin, previamente engrasado tambien y empuñado con la mano libre, entre la palma de la que se halla adentro y el tronco del feto, y se le empuja para que la extremidad del instrumento vaya dándole vuelta hácia el plano esternal y salga fuera de la vulva. Un ayudante ensarta un hilo de cáñamo en el ojo del conductor y le ata allí de modo que quede sólidamente asegurado; en el otro extremo del hilo está atada una fuerte sierra de cadena. Se va sacando entonces el instrumento haciéndole retroceder por el mismo camino por donde se introdujo, y con la mano que está adentro se procura colocar la sierra en el trayecto mencionado. Fuera ya su extremidad anterior, se introduce un espejo de madera que sirve de cuerpo aislador del canal útero-vulvar, pero de modo que los dos cabos de la sierra sean comprendidos en él; se adaptan á estos los mangos respectivos, y se la pone en juego por movimientos rápidos de vaiven hasta terminar el corte. Se extrae el tronco, y despues la cabeza.

El procedimiento es en extremo sencillo en las presentaciones dorso-anteriores, pero no es así en las posteriores; y la razon es clara: en las dorso-anteriores, para llegar al costado opuesto al que se presenta, el antebrazo y la mano que se introducen tienen que recorrer un espacio que mide cuando ménos doce y medio centímetros (tres y medio, altura de la pared anterior de la pélvis, y nueve del diámetro trasverso del torax); pero en las posteriores el camino es mucho mas largo, y no es directo como en el caso anterior, pues á los nueve centímetros que mide el torax del feto hay que agregar trece y medio de la cara anterior del sacro; ademas, como este largo trayecto es curvo, el antebrazo no puede recorrerle fácilmente. Tales inconvenientes, que teóricamente habia señalado ya el Sr. Rodriguez en la Academia de Medicina, los ha encontrado en la práctica el Sr. Ortega, pues la segunda operacion de embriotomía que practicó en la casa de Maternidad, y en la que se trataba de una presentacion dorso-posterior, la operacion duró mas de dos horas, siendo así que en la primera, que era dorso-anterior, apenas duró unos cuantos minutos.

1 Un diámetro trasverso divide al ovoide fetal en dos regiones, cervical y pelviana: otro longitudinal mediano, en dos laterales, llamadas plano lateral derecho é izquierdo. Cada una de ellas es susceptible de abocarse con el estre-

ovoide fetal, los fenómenos mecánicos del parto encuentran un tropiezo que en la generalidad de casos no es allanable sin la inmediata y cuidadosa intervencion del arte. En ellas se encuentran las occípito y sacro-posteriores y las fronto-anteriores.

Posiciones occípito-posteriores.

Estudiando con atencion los fenómenos mecánicos del parto en las presentaciones de vértice, pronto se llega á comprender que existe una ley fundamental que les rige invariablemente, y que podria formularse de la manera que sigue: Sea cual fuere la posicion, en este caso, y tratándose de un feto á término, para que la cabeza sea expulsada es preciso que se acorten antes sus diámetros longitudinales (*sub-occípito-bregmático, sub-occípito-frontal, y sub-occípito-mentoniano*), saliendo la extremidad sub-occipital fuera del recinto de la pelvis, en virtud de que aquellos no pueden bascular dentro de la excavacion porque los diámetros ántero-posteriores de este y del estrecho inferior son mas pequeños.

Que la naturaleza acata esta ley en los partos de que se trata, y que resuelve espontánea y felizmente, lo prueba el que en la generalidad de hechos la cabeza ejecuta un movimiento giratorio que conduce al occipital bajo del arco del púbis, y le lleva allí y no á otra parte, porque la pared anterior de la pelvis es la única

cho superior, y este abocamiento se denomina *presentacion.* "Cuadro sinóptico de las presentaciones y posiciones del feto, dispuesto por el profesor D. Juan María Rodriguez."—1871.

que se puede prestar á ser medida por la region posterior del cuello.

Esto supuesto, para que el occipital de un feto á término pueda salir por la conmisura posterior de la vulva recorriendo la curva sacro-perineal, seria necesario que á la vez que la excavacion se encuentra ocupada por la cabeza, penetre en ella la parte alta del tronco, lo que es físicamente imposible porque pugna contra las leyes de la impenetrabilidad de la materia.

Tales son, en suma, las dificultades que en la inmensa mayoría de casos [1] hacen imposible la terminacion espontánea del parto en las posiciones occípito-posteriores permanentes; dificultades que desaparecen del todo cuando el producto es pequeño por falta de tiempo ó de desarrollo, amplia la pelvis, y las contracciones uterinas enérgicas; condiciones que se hallan muy léjos de estar al arbitrio de los prácticos.

De este conocimiento ha surgido naturalmente la idea de intervenir con oportunidad: y si la intervencion activa en el presente caso ha sido elevada á la categoría de doctrina, se debe al estudio concienzudo y completo de las dificultades arriba mencionadas, y á la apreciacion imparcial de los deplorables resultados que casi siempre obtiene la escuela expectante.

1 Lo que acerca de esto consigno en esta tésis queda comprobado en nuestro país, si se atiende á los resultados clínicos. De los apuntamientos hechos por el Sr. Rodriguez sobre los partos de su práctica particular, resulta, segun he podido ver, que en 20 veces que se ha abocado el feto en posiciones occípito-posteriores (18 de la 2ª, y 2 de la 4ª), solo en 3 ha terminado naturalmente el trabajo, y en las 17 restantes fué preciso recurrir al forceps. Yo he tenido ocasion de observar solo una vez la rotacion de la cabeza, abocada en 2ª de vértice, y la espontánea terminacion del parto el dia 22 de Marzo próximo pasado, en union de mi apreciable condiscípulo el Sr. D. José M. Sosa.

Nadie podrá negar hoy que abandonada una mujer á solos los recursos de su organismo, en el caso de que me ocupo, el trabajo es laboriosísimo, y el cansancio uterino y la rotura del perineo inevitables. En cuanto al feto, muere asfixiado por lo largo del parto, por el atirantamiento medular que ocasiona la flexion exagerada del cuello (que á veces rompe al apofisis odontoide, conforme ha podido verlo una vez el Sr. Rodriguez), ó por la compresion de la masa cerebral; es decir, del punto de partida de la vida autonómica. Por eso se ve que el producto de concepcion llega al mundo apurando los últimos restos de la vida parasitaria, que se revelan por los latidos interrumpidos del corazon y por uno que otro suspiro convulsivo, que haciéndose cada vez mas y mas raros se disipan al cabo con la muerte real.

El puerperio es ordinariamente patológico; la metritis, la metro-peritonitis, la vaginitis gangrenosa, son la huella que dejan en pos de sí las posiciones occípito-posteriores permanentes.

Para evitar eso, ó hacer al ménos que sus consecuencias no sean tan graves, el partero debe proceder inmediatamente que determine con la debida exactitud una posicion occípito-posterior. Si las membranas aun no se rompen, esperará á que la dilatacion del cuello sea completa y hará la version podálica en condiciones tan favorables como pudieran desearse. Si llega al poco tiempo de haberse roto y hay todavía cierta movilidad en el producto, debe intentar la version; y si ésta no fuese posible, recurrirá al forceps, ora para ejecutar el movimiento de rotacion y terminar el parto

conforme lo enseña Verrier, ora para hacer la extraccion directa por el procedimiento clásico, si la rotacion de la cabeza no fuere dable.

Algunos pretenden que aun en el caso de que la cabeza del feto esté inmóvil en la excavacion se la debe imprimir con el forceps un movimiento de rotacion, con objeto de conducir al occipital hácia delante; mas como semejante movimiento es imposible entonces, sino á condicion de emplear esfuerzos muy enérgicos que dilacerarian á los órganos de la madre, tal manera de proceder es inaceptable. Por otra parte, el tronco del feto, inmóvil dentro del útero y enclavado en la excavacion, no puede seguir los movimientos que se impriman á la cabeza; la consecuencia, pues, de semejante maniobra, no puede ser otra que la torsion excesiva del cuello y la muerte del producto.

Aunque á primera vista parezca que hay contradiccion en mis ideas, considerando como imposible la terminacion espontánea del parto si las posiciones occípito-posteriores son permanentes, y recomendando á pesar de eso que se terminen siempre de la manera con que no puede hacerlo la naturaleza, para justificar mi opinion, me bastará recordar que en Tocología la imposibilidad es relativa, y que lo que muchas veces es imposible para aquella, no lo es para el arte, segun lo demuestra la experiencia. La razon científica es tan obvia que con facilidad se comprende.

Posiciones de cara fronto-anteriores.

Para que el parto termine espontáneamente en las presentaciones de la cara, sea cual fuere la posicion,

es necesario que la cabeza gire, y que la barba se encaje debajo del arco del pubis con objeto de acortar los diámetros longitudinales de aquella, y pueda así ser expulsada ejecutando su movimiento de flexion; es decir, en esta clase de presentaciones se encuentra la misma ley que rige á los fenómenos mecánicos en las de vértice, con solo la diferencia, que en éstas la extremidad comun de los diámetros longitudinales de la cabeza, la sub-occipital, es la que sale fuera del recinto de la pelvis, de manera que todos ellos disminuyen de longitud al mismo tiempo, mientras que en aquellas van disminuyendo sucesivamente, primero el diámetro sub-occípito mentoniano por el encajamiento de la barba debajo del arco del pubis, luego el sub-occípito frontal por el desprendimiento de la frente adelante de la comisura posterior de la vulva, y por último el sub-occípito-bregmático en virtud de la salida del bregma por el mismo punto; así es que, aunque los dos primeros tienen mayores dimensiones que los ántero-posteriores de la excavacion y del estrecho inferior, esto no constituye un obstáculo al movimiento de flexion de la cabeza, porque cuando su extremidad sub-occipital penetra á la excavacion, ya han salido fuera de ella sus extremidades mentoniana y frontal.

Ahora bien, en las posiciones fronto-anteriores, si se trata de un feto de término y la barba permanece hácia atrás, el parto espontáneo es imposible, en razon á que por el estado de extension exagerada que guarda la cabeza su parte posterior se aplica sobre la superior del dorso; así es que cuando aquella haya descendido á la excavacion todo lo que le permite la longitud del cue-

llo, se abocan con el estrecho abdominal, la region de la cabeza que aun no desciende, y la parte alta del tronco, y ambas reunidas tienen un diámetro de catorce y medio centímetros, por lo ménos (seis á siete y medio del ántero-posterior del tronco, y el resto, de la parte de la cabeza que está en contacto con él), mucho mayor que cualquiera de los del estrecho abdominal, de manera que no pueden atravesarle y se suspende y hace imposible el descendimiento completo de la cabeza.

Algunos autores pretenden que las presentaciones de cara pueden convertirse en presentaciones de vértice, en virtud de un movimiento de báscula de la cabeza que lleva á la barba hácia la gran pelvis á la vez que hace descender al occipital hasta encajarle debajo del arco del pubis; pero como suponen que este movimiento tiene lugar cuando ya la cabeza ha descendido á la excavacion, evidentemente no puede verificarse tratándose de un feto á término, porque tiene que llegar un momento en el que se encuentren y giren adentro de la excavacion los diámetros sub-occípito-mentoniano y sub-occípito-frontal, lo cual es físicamente imposible atendiendo á que sus dimensiones son mayores que las de la excavacion. Cazeaux [1] cree que la conversion de que hablo no puede verificarse si la barba está en relacion con la cara anterior del sacro, pero la mira como posible si ha descendido en la direccion de la extremidad posterior de uno de los diámetros oblícuos, porque entónces, segun él, llega á la escotadura sciática, en donde encuentra partes blandas que deprime; lo que

1 Accouchements, huitième edition, páginas 329 y 330.

aumenta de seis á ocho milímetros el diámetro correspondiente de la excavacion, y permite que la cabeza ejecute el movimiento de báscula que conducirá á la region occipital bajo de la sínfisis pubiana.

Desde luego haré observar que la barba no puede llegar hasta la escotadura sciática, porque el borde de ésta dista cinco y medio centímetros del estrecho superior, y aquella solo puede descender á la excavacion tres y medio que es lo que le permite la longitud del cuello; por otra parte, aun suponiendo que la barba llegase hasta ese punto, el movimiento de báscula de la cabeza no por eso seria posible, en razon á que aquella en virtud de dicho movimiento deberia dirigirse hácia la gran pelvis, y llegaria un instante en el que tendria que salir de la escotadura sciática y moverse sobre la pared huesosa de la pelvis; entónces, ó la extremidad occipital del gran diámetro de la cabeza ha penetrado ya á la excavacion y la barba no puede salir de la escotadura sciática, ó no ha penetrado, en cuyo caso no podrá hacerlo tampoco por oponerse á eso la dimension de dicho diámetro.

Puesto que la terminacion espontánea del parto no es posible en las posiciones fronto-anteriores permanentes, y puesto que carecemos tambien de medios para saber si serán transitorias, el práctico debe intervenir inmediatamente que las determine con la debida exactitud. Si aun no se rompe la fuente, deberá intentar convertir por maniobras externas la presentacion de cara en presentacion de vértice, para lo cual se coloca á la parturiente en el decúbito supino cerca de uno de los bordes de la cama, y se levanta la pelvis por medio de

una almohada; el operador se sitúa al lado de la enferma, y un ayudante lleva su dedo índice al interior de la vagina; en el intervalo de los dolores el partero toma con la mano correspondiente á través de la parte inferior de la pared útero-abdominal al tronco del feto, y le lleva hácia el fondo de la matriz; al mismo tiempo, con la mano opuesta, colocada sobre el tumor formado por la cabeza y lo mas cerca posible de la nuca, comprime hácia abajo y atrás. Si la maniobra tiene éxito, á tiempo que el operador sienta que disminuye el tumor formado por la cabeza, el ayudante que tiene su dedo dentro de la vagina determina la conversion de la presentacion, y cuando ésta es completa rompe la fuente y fija así la nueva presentacion. Para que la rotura de las membranas no tenga ningun inconveniente la operacion debe ejecutarse cuando el cuello esté completamente dilatado. [1]

Si no se logra hacer esta trasformacion y el producto es móvil aún, se hará la version por maniobras externas ó internas segun las circunstancias. Cuando las membranas se hallen rotas y la cabeza haya descendido y esté inmóvil en la excavacion, no queda otro recurso que hacer una doble aplicacion de forceps con objeto de llevar la barba debajo del arco del pubis; la operacion es laboriosa á la vez que grave para la madre y el hijo: para aquella, porque el movimiento de rotacion que se imprime á la cabeza es muy extenso y produce un traumatismo en el canal útero-vulvar, de graves con-

1 Esta maniobra ha sido inventada por el Sr. Rodriguez, quien ya ha tenido el gusto de ponerla en práctica una vez con buen resultado segun puede verse en el tomo VII de la *Gaceta Médica*, pág. 105.

secuencias; para el feto, porque si el tronco no secunda el movimiento de rotacion que se imprime á la cabeza, el cuello sufre una torcion en detrimento de su vida. Sin embargo de semejantes peligros, la aplicacion del forceps y el movimiento de rotacion deben intentarse siempre, porque es la única probabilidad de salvacion para el feto si vive. Cuando la pinza de Levret no produce los resultados que uno se promete, no queda otro recurso que la craniotomía y la cefalotripsia, mortales para el feto y peligrosas para la madre.

SECCION CUARTA.

Posiciones complicadas.

Se llaman presentaciones complicadas, aquellas en las que además de la region tocológica abocada con el estrecho superior procede ó cae el cordon umbilical ó uno ó varios de los miembros del feto, que no tienen relacion anatómica con la presentacion.

En Tocología se distingue la *procidencia* de la *caida* de los miembros; en el primer caso el accidente se presenta antes de la rotura de las membranas y casi siempre depende de una posicion irregular, ó mas raramente de una oblicuidad exagerada de la matriz, pues en las presentaciones regulares la region que se aboca con el estrecho superior se adapta perfectamente á su circunferencia, al grado que despues de rota la fuente no permite la salida del líquido amniótico. La caida es el mismo accidente, si persiste despues de que se

ha roto la fuente. Semejante diferencia, aun cuando á primera vista parezca pueril, tiene sin embargo su importancia práctica, porque la procidencia puede corregirse espontáneamente por los movimientos que ejecuta el feto en el interior de la matriz ó por la situacion que se dá á la parturiente, mientras que la caida requiere la intervencion del arte.

La procidencia depende generalmente, segun se ha visto, de la mala situacion del producto ó de una oblicuidad de la matriz; la caida es á veces consecuencia de aquella, pero no de una manera necesaria, pues en la práctica no es raro encontrar hechos de procidencia en los que ha habido una reduccion espontánea de los miembros antes ó despues de la rotura de la fuente: parece que la salida brusca de las aguas favorece la conversion de la procidencia en caida, y que aun es susceptible de producir por sí solo este accidente: otras veces la complicacion de que hablo es consecuencia de maniobras torpes de inversion.

La procidencia de los miembros tiene lugar casi siempre en las presentaciones cefálicas (de vértice ó de cara), y por lo comun los miembros superiores son los que caen, al menos cuando la complicacion es independiente de maniobras torpes; mientras que en este último caso de ordinario son los inferiores los que vienen á complicar la presentacion, y la razon de esto es tan clara que me parece inútil detenerme en ella. El cordon umbilical procide tambien con mucha frecuencia; es el único que complica á la presentacion pelviana y á la de tronco, pues es bien sabido que la caida de los miembros inferiores en la primera, y la de los superio-

res en la segunda, no son sino epifenómenos, que no oponen obstáculo á la marcha del parto en aquella, ni aumentan los que existen en ésta.

Si la parte que cae en las presentaciones complicadas tiene un volúmen pequeño, como las manos por ejemplo, la region que se aboca camina y sale al fin sin inconveniente; lo mas comun es, sin embargo, que á medida que baja desciendan asimismo el miembro ó miembros que se abocan apenas, y como su forma es cónica vayan oponiéndola mayores tropiezos hasta inmovilizarla ó enclavarla, segun se dice técnicamente.

La caida del cordon umbilical no opone ningun obstáculo serio á la marcha del parto, porque por su flexibilidad y corto volúmen no puede oponerlo; pero por la compresion que sufre padece desde luego la circulacion fetal, y este padecimiento tiene por término ordinario la muerte del producto.

La conducta que debe observarse en estos casos varía con las circunstancias.

Si hay solo procidencia, el partero hará acostar á la mujer sobre el lado opuesto á aquel por donde la complicacion tiene lugar, con la mira de que la region presentada se incline de ese lado, y deje algun espacio, y la parte procidente se reduzca durante los movimientos propios del feto.

Si esto no se consiguiere y al fin se rompen las membranas, trasformándose en caida lo que tan solo era procidencia, podrá esperarse la resolucion espontánea y feliz del parto cuando el miembro que caiga sea poco voluminoso, cuando la cabeza descienda sin hacerle bajar mas, y sobre todo, cuando se trate de un

parto prematuro, cual sucedió en el siguiente caso, cuya observacion debo á la bondad de mi maestro el Sr. Rodriguez:

Observacion.—Hipólita Nuñez, (calle de la Estampa de San Andrés, núm. 6,) de 36 años de edad, que ha tenido seis partos anteriores, naturales y felices, el primero de ellos gemelar, se hizo embarazada á principios del mes de Agosto del año próximo pasado, diez años despues del último parto, y comenzó á sentir dolores el dia cinco de Febrero del presente. Las contracciones uterinas continuaron, y á las doce de la noche perdió alguna agua por la vulva, que ignoro si fué amniótica ó de la cavidad del hydroperonio, cual á veces sucede. Los dolores desaparecieron luego.

El mártes y miércoles siguientes los pasó sin novedad. En la noche de este último dia tuvo un acceso de histeria, enfermedad que la molesta con frecuencia.

A las 7 de la mañana del dia 8 reaparecieron los dolores y llamó á la Sra. Roman. Una hora despues, la dilatacion del cuello uterino era completa y se rompió la bolsa. El feto vivia y se presentaba en primera posicion de vértice, complicada de la salida del brazo derecho. La partera me mandó buscar, y no habiéndome hallado ocurrió al Sr. Capetillo, quien luego que llegó á la casa y reconoció á la parturiente hizo varias tentativas para reducir la parte procidente, que era la maniobra indicada. Sus esfuerzos reiterados fueron inútiles por hallarse retraida la matriz sobre el producto, lo que ocasionaba su inmovilidad.

A las once de la mañana pude obsequiar el doble llamamiento de la Sra. Roman y del Sr Capetillo, y encontré que á pesar de ser complicada la presentacion, el parto iba haciéndose naturalmente: en atencion á que Hipólita era multípara, prematuro el parto, regulares y enérgicas las contracciones, nos propusimos esperar y no intervenir sino en caso necesario. Tres cuartos de hora despues nació vivo un niño, de seis meses cuando mas.

El puerperio fué fisiológico.

El niño, mal desarrollado por falta de tiempo, vivió tan solo doce dias á pesar de los asiduos cuidados que le prodigó el Sr. Capetillo.

Mas en las circunstancias opuestas la indicacion es reducir la parte caida, sea la que fuere, adoptando para cada caso el manual operatorio que recomiendan los autores de obstetricia; siendo de advertir que las tentativas de reduccion deben repetirse hasta que se adquiera la certeza de la completa ineficacia del medio.

A esta altura hay que recurrir al forceps para tomar la cabeza en las presentaciones cefálicas, al parto manual en las pelvianas, y á la version podálica en las de tronco, y terminar con el auxilio de estas maniobras un trabajo que no puede concluir de otra manera. Tal fué la conducta que observaron los señores Rodriguez y Menocal en el hecho siguiente, que tomo de la Tésis de concurso para la plaza de adjunto á la cátedra de clínica de obstetricia presentada por el primero de dichos profesores.

Observacion. El miércoles 7 de Diciembre de 1868 fuí llamado por mi amigo el Sr. Menocal, para ver á una mujer en la calle de la Misericordia. Era multípara, y el parto habia comenzado treinta horas ántes: las membranas se habian roto haria diez ó doce. Al practicar el reconocimiento lo primero que se advertia era un prolapsus de la pared superior de la vagina, que estaba laxa hasta el grado de poder tirarla muy afuera de la vulva. Una vez introducido el dedo muy arriba se encontraba la cabeza del feto en primera posicion, pero estaba enclavada en el estrecho superior, es decir, inamovible: al nivel de la cavidad cotiloidea derecha se sentia un miembro que procidia mas abajo que la parte presentada; era el pié derecho. El útero estaba aplicado sobre

el cuerpo del feto, no habia contracion hacia algunas horas, y las últimas habian sido provocadas por el cuernecillo de centeno que habia ordenado el Sr. Corona. La cabeza estaba inamovible y no era posible intentar su reduccion, ni la del miembro procidente. Creímos necesario aplicar el forceps, con tanta mas razon cuanto que nos pareció haber oído los ruidos del corazon del feto. La maniobra fué laboriosa, no solo por la altura á que se hallaba la cabeza, sino por el obstáculo que oponia á las maniobras el prolapsus vaginal y la dificultad de introducir las cucharas entre la cabeza y el estrecho por el reducido espacio que habia entre ambos. Fatigado de tan larga tarea el Sr. Menocal tuvo la bondad de cederme el forceps, que despues de un trabajo ímprobo logré aplicar: hice las tracciones necesarias para extraer al feto hasta hacer salir la cabeza fuera de la vulva: entónces vimos que el cordon umbilical daba dos vueltas alrededor del cuello, y bautizándole en el acto apresuré su extraccion. Salió asfixiado y no pudimos volverle á la vida despues de haber puesto en planta los recursos mas recomendados. Sobrevino una hemorragia que cedió tan luego como extraje la placenta que ya estaba desprendida, y algunos coágulos voluminosos que habia dentro de la matriz.

La enferma no tuvo accidentes.

Por último, si la cabeza está enclavada de tal manera que la aplicacion del forceps no sea posible, ó no produzca resultado alguno, se recurrirá á la cefalotripsia con objeto de disminuir su volúmen y hacer cesar el enclavamiento. En la práctica nacional solo se ha presentado un hecho en el que haya sido preciso recurrir á semejante operacion: hé aquí su historia, recogida por el Sr. Rodriguez.

Observacion.—A las ocho de la mañana del dia 24 de Noviembre de 1870 fuí solicitado por mis apreciables compro-

fesores D. Domingo Calderon y D. José Olvera, para que procediera á operar á N. N., que vivia en un cuarto en la casa núm. 4 de la calle de la Pulquería de Palacio, primípara de treinta y cinco á cuarenta años de edad, muy robusta, bien conformada, y que habia gozado de una salud inmejorable.

N. estaba en trabajo de parto desde la madrugada del dia 20, bajo los cuidados de un tal Pliego, partero intruso muy conocido en los barrios de esta ciudad.

Hecho el reconocimiento cuidadoso en union de los referidos profesores y del aventajado alumno D. Ignacio Capetillo, unánimemente convenimos en que el embarazo era simple é intrauterino, que el feto estaba muerto y la fuente amniótica rota, que el producto se presentaba por la cara en posicion fronto-ilíaca izquierda anterior, que la presentacion se hallaba complicada de la salida del antebrazo y mano derecha y de la pierna del propio lado, que el canal vulvo-uterino era presa de un gran traumatismo y de la consiguiente inflamacion, que habia inercia y retraccion espasmódica de la matriz, y que en virtud de todo eso y de existir un enclavamiento sumo que inmovilizaba del todo la region del feto presentada é impedia la reduccion de las porciones procidentes, el parto no se podia terminar si no se recurria á la cefalotripsia y á la embriotomía.

La situacion relativa de las partes enclavadas era la siguiente: la cabeza extendida, y en la posicion ya dicha, estaba encajada en la excavacion hasta donde lo permitia la longitud del cuello del feto; el antebrazo derecho salia entre la pared lateral de la cabeza y el orificio del útero, hácia adelante y á la derecha; y por detrás de aquel, entre el orificio y la porcion lateral derecha de la cara, salia la pierna.

Para proceder como era debido, listo ya todo lo necesario, á las nueve y tres cuartos de la mañana encargué al Sr. Capetillo que sondease la vejiga considerablemente llena, y que cuidase hicieran uso de una lavativa laxante para evacuar al recto. Esta no produjo ningun resultado. En cuanto al cateterismo practicado á nuestra vista con una sonda de goma elástica, sin violencia, pues no fué necesaria, y con sumo

cuidado, dejó salir una notable cantidad de sangre fluida, mezclada de orina.

Despues de eso supliqué al mismo señor que cloroformara á la paciente, presa hacia ya tiempo de una extrema angustia y de reaccion febril bastante intensa.

Situada de la manera conveniente iba á proceder á la operacion cuando se presentó en la casa mi entendido compañero y amigo D. Mauricio Flores. La llegada oportuna de este profesor nos proporcionó un grande alivio, pues, segun el estado de las cosas, la operacion tenia que ser muy laboriosa y muy larga. Le encomendé me diera los instrumentos y me auxiliase inmediatamente, y en el acto procedí á hacer la craniotomía.

Introduje las tijeras de Smellie reformadas por H. Blot, guiándolas con los dedos de mi mano izquierda metidos de antemano en el canal; incliné el mango hácia atrás y coloqué la punta en la parte média de la frente al nivel de la sutura coronal. Luego que estuve seguro de que el eje de las tijeras era perpendicular á la superficie sobre la que iba á obrar, las hundí dentro del cráneo imprimiéndolas el movimiento de derecha á izquierda y de izquierda á derecha que facilita tanto la penetracion de la punta. Dentro ya de la cavidad craniana las abrí en varias direcciones, para ampliar la abertura de los huesos en diversos sentidos, y fraccionar la sustancia cerebral, la cual comenzó á escurrir por el canal vaginal y á salir por la vulva. Cuando lo consideré necesario extraje las tijeras, hice una inyeccion de agua templada, y procedí á colocar el cefalotribo de Depaul.

Teniendo presente que en las presentaciones de cara fronto-anteriores la parte mas voluminosa de la cabeza está bastante elevada y dirigida muy adelante, procuré situar las ramas del cefalotribo lo mas alto y adelante posible; á este fin, aunque rodeado de increibles dificultades, pues el enclavamiento era completo y los dedos que guiaban á las cucharas apénas podian abrirse paso entre las partes presentada y procidentes y el canal, las elevé hasta que la articulacion quedó á nivel de la vulva, é incliné los mangos hácia atrás, de

modo que el eje del instrumento seguia la direccion de una línea que partia del ombligo de la operada, y terminaba en la comisura posterior de la vulva; quiere decir, en el mismo sentido del eje del estrecho superior. El cefalotribo fué articulado y quedó colocado conforme á la regla; las cucharas tocaban los extremos del diámetro trasverso del estrecho superior.

Procedí entónces á aproximar las cucharas hasta ponerlas en perfecto contacto; la sustancia cerebral salia en abundancia por el canal. Se hizo una inyeccion de agua templada.

Asegurada la paciente por los Sres. Olvera y Calderon, empecé á tirar hácia abajo y atrás. La resistencia era considerable. Luego que me fatigué cedí mi puesto al Sr. Flores. A poco me pidió que le auxiliara, y tirando ambos en combinacion se desprendió el instrumento, trayendo consigo en el extremo unos pequeños fragmentos de hueso y de piel del cabello del feto que se habia desgarrado.

Volví á aplicarlo en una situacion intermedia entre los diámetros trasverso y oblícuo derecho, aproximé las cucharas hasta juntarlas, y empezamos á tirar, aunque sin lograr otra cosa mas, que se desgarrase la porcion tomada entre las cucharas y que el cefalotribo volviera á desprenderse.

Entre el Sr. Flores y yo le aplicamos por tercera vez en el sentido de una línea intermedia á los diámetros oblícuo-izquierdo y trasverso; aproximamos las cucharas y logramos cual en las dos ocasiones anteriores hacer salir la pulpa cerebral; se tiró, y despues de inauditos esfuerzos volvió á desprenderse el instrumento.

Considerando que las porciones procidentes estaban oponiendo un obstáculo serio á las maniobras, y lo que es más, al descenso de la cabeza, resolví amputar el miembro que por su situacion y volúmen nos importunaba, la pierna. Aprobada la idea por los circunstantes, y habiéndoles encargado mucho el cuidado del canal, procedí á desarticular la articulacion fémoro-tibial, que estaba accesible; corté poco á poco con las tijeras romas, y logré mi objeto.

Libres ya de ese obstáculo, procuré subir é ir introduciendo suavemente el muslo, lo que conseguí tambien al cabo de algun tiempo. Con eso se habia dado cima á la primera parte de nuestro proyecto.

Para el logro de la segunda, coloqué el cefalotribo en direccion del diámetro oblícuo derecho, y tan alto como en las veces anteriores. Aproximé las cucharas para disminuir el volúmen de la cabeza en el sentido que la habia tomado en esta ocasion. Salió por la vulva una porcion todavía mayor de la sustancia cerebral.

En estos momentos llegó el Sr. Casasola, y le supliqué reemplazase al Sr. Capetillo, á quien queria tener cerca del Sr. Flores y de mí en aquellos instantes. A las primeras tracciones que hice advertí que la cabeza descendia, y como notase que algunas esquirlas huesosas sobresalian de tal modo que podian herir las partes blandas del canal, encargué al Sr. Flores las cortase con unas tijeras fuertes y las extrajese. Además, para evitar en cuanto estuviese de nuestra parte la dilaceracion de aquellas, hice que los señores Calderon, Olvera y Capetillo se envolviesen en un lienzo los cuatro últimos dedos de las manos que cada uno podia meter dentro de la vagina, en la diversa posicion que cada quien de ellos guardaba respecto de la paciente, y ya metidos dentro, me formasen un canal que la resguardara, tanto de la accion de las esquirlas, como del cefalotribo mismo, durante los movimientos de vaiven que se le comunicaban al tirar.

Hecho eso, y tirando, ya sucesivamente, ó ya en combinacion, el Sr. Flores y yo, tuvimos el gusto de extraer la cabeza hecha mil pedazos y casi vacía de la masa cerebral. Empleamos en ello una fuerza tal, que él y yo quedamos imposibilitados para continuar la extraccion del tronco, por lo que encargué de ello al Sr. Capetillo.

El operador fué en solicitud del brazo posterior, el izquierdo; tan luego como pudo engancharle por la axila, tiró de ella hasta sacarle; despues sacó al brazo derecho por delante, y á poco al resto del tronco. Este tiempo de la operacion

fué tambien en extremo laborioso: el útero contraido y en estado tetánico propiamente dicho, opuso hasta el último instante una resistencia tenaz.

Habiendo trascurrido un plazo prudente, despegada la placenta, y sin que hubiera hemorragia saqué á aquella é hice que ministrasen á la recien-parida medio escrúpulo de polvo de cuernecillo de centeno.

Vuelta la mujer en sí, notamos en ella el mismo abatimiento profundo que advertimos á nuestra llegada. El pulso estaba frecuente y muy concentrado. El vientre sumamente doloroso y sensible. El canal vulvo-uterino lívido, caliente y tambien doloroso.

La ordenamos una pocion estimulante, repetidas fricciones mercuriales con atropina al vientre y á la parte interna de los muslos, atole cada tres horas, agua de linaza á pasto, y que recibiera los auxilios espirituales.

A las dos de la tarde, despues de cuatro horas y cuarto de trabajar sin descanso ni un solo momento, nos retiramos. El Sr. Flores ofreció visitarla por la tarde.

La infeliz mujer pasó algunas horas en un estado halagüeño; habló con su familia y con las personas que la visitaron, se sacramentó, y aun durmió á ratos. Sin embargo, murió el dia siguiente en la noche por agotamiento nervioso.

Ya he dicho que la caida del cordon solo, no constituye un obstáculo serio, sino mas bien un peligro inminente de muerte para el producto: éste se conjura reduciendo al tallo ónfalo-mesentérico, ó haciendo el parto artificial si lo primero no es posible. Me parece inútil advertir que si el producto está muerto nada debe intentarse.

SECCION QUINTA.

Posiciones inclinadas.

Aunque en todo rigor debiera ocuparme ahora de las dificultades que oponen á la marcha natural del trabajo las posiciones inclinadas, se ha anticipado á mis deseos mi querido amigo y condiscípulo el profesor D. Ricardo Vértiz y Berruecos, quien ha tratado la materia con un tino poco comun, segun puede verse en las páginas 94 y siguientes de su Tésis inaugural. [1]

SECCION SEXTA.

Parto compuesto.

El parto compuesto consiste en la expulsion sucesiva de dos ó más productos de concepcion. Considerado así, está en todo sujeto á las reglas que presiden al que se denomina *simple*. La simultaneidad en el parto compuesto se observa solo cuando los fetos son muy pequeños y en razon de su poco volúmen pueden atravesar á la vez el canal vulvo-uterino, ó, lo que sucede tambien, porque estén ligados entre sí, y á pesar de ello el conjunto que resulta de su union no opone dificultades sérias á su salida.

La dystocia es tanto mayor en este parto, cuanto mas irregular y tumultuosa es su marcha; pero de ordinario la salida de uno de los productos sucede á la del otro ú otros sin obstáculos, cual lo demuestran perentoriamente

1 México, imprenta de F. Diaz de Leon y S. White, 1871.

los casos siguientes que tomo de la curiosa coleccion de hechos tocológicos nacionales que está formando el Sr. Rodriguez.

La Sra. G. E. de S., condesa del Valle, dió á luz natural y felizmente en las manos del Sr. D. Luis Muñoz, el dia 4 de Julio de 1865, á tres niños diversamente desarrollados, que duraron, el mas pequeño un dia, el segundo por su tamaño tres, y el mas grande quince. El parto tuvo lugar entre los seis y medio y siete meses. La señora sucumbió al cuarto dia, víctima de una metro-peritonitis intensísima.

N. N. que acababa de llegar de Chihuahua, desde donde hizo el viaje á pié, alumbró inopinadamente, en una puerta de la panadería situada en la calle del Hospicio de San Nicolás, el 1.º de Enero de 1868, á un niño, á quien suspenso todavía del cordon umbilical envolvió en sus enaguas y le condujo á la acera de enfrente. Llegada apénas al dintel de una tortillería parió á otro, y luego expulsó las respectivas placentas: dentro ya de la accesoria dió á luz á un tercero, que nació en manos del profesor D. Domingo Calderon, auxiliado por la partera D.ª Jesus Orozco. La tercera placenta salió á poco. Los tres niños vivian.

N. N. parió en el rancho de Raya-Loma (Estado de Hidalgo), el mes de Noviembre de 1870, á tres criaturas, de las cuales las dos primeras se presentaron por el vértice y la tercera por el plano lateral izquierdo. Esta última fué expulsada por evolucion espontánea. El profesor D. Angel Contreras, que vió á estas criaturas cuando las llevaban á bautizar á Pachuca, refiere al Sr. Rodriguez, en carta fechada el 30 de Noviembre de dicho año, que estaban regularmente desarrolladas y sanas.

N. N. dió á luz á tres niños en Sacabchen (Estado de Yucatan) que viven y gozan de la mas completa salud. [1]

Andrea Pardo, mujer de Hermenegildo Zavala, parió á

1 El *Ferrocarril*, 25 de Abril de 1870.

tres niñas vivas y regularmente desarrolladas, en el rancho de Cerritos (Pozos). [1]

Joaquina Rodriguez, mujer de Calixto Aguilar, alumbró á tres niños natural y felizmente en el pueblo de Tecpan (Estado de Chiapas). [2]

María Paulina, mujer de Mariano Teodoro, parió á un varon y dos mujeres, regularmente desarrollados y vivos, en Mazatlan, juecía menor de Teotitlan del Camino (Estado de Oaxaca). [3]

Petra Valencia, mujer de Cornelio Cano, dió á luz á cuatro niños, cada uno de los cuales media veinte pulgadas, en el rancho del Venadero, juecía menor de Tecuyo (Elotla). [4]

El tiempo trascurido entre la expulsion de uno y otro producto es muy variable. A veces es de unos cuantos minutos, de una ó varias horas, y aun se dan casos en que entre parto y parto medien varios dias, como en el que tuvo lugar en San Pedro de Conchos (Estado de Chihuahua), el mes de Marzo de 1870. N. N., mujer de Juan Hernandez, parió á un varon, y seis dias despues á una hembra, ambos vivos. [5]

Mas cuando el parto tiene una marcha anómala, ora porque las contracciones del útero sean irregulares, ora porque éste sea urgido por la tetania, cual sucede en la eclampsía, la dystocia tiene lugar porque los productos se abocan al mismo tiempo cual si se disputaran la salida, ó porque la presentacion se complica. De lo primero tenemos un ejemplo en el interesante caso de la práctica

1 Carta particular.

2 *Correo del Comercio*, 22 de Setiembre de 1870.

3 Parte oficial del gefe político de Teotitlan al gobernador de Oaxaca, 1.° de Agosto de 1870. (*La Victoria*.)

4 *Revista Universal*, 17 de Noviembre de 1870.

5 *El Imparcial* de Chihuahua. Siglo XIX, 29 de Abril de 1870.

del Sr. Rodriguez, recogido por el profesor D. Juan Cabral, que puede leerse en la *Gaceta Médica de México*, tomo 5.°, página 159 y siguientes: en cuanto á lo segundo, he aquí, aunque muy extractada, la observacion que sigue:

«17 de Marzo de 1871.—Primípara.—Parto gemelar.—«Eclampsía grave, albuminuria y anasarca muy notables.—«Prescripcion del Sr. Villagran. Pocion purgante y sangría «para ocho onzas. Habiendo visto el Sr. D. Mauricio Flores, «médico de cabecera de la señora Doña R. U. de R., que di«chos recursos no habian surtido, pues la eclampsía prose«guia, consultó con el Sr. Rodriguez, y ambos convinieron «en desembarazar al útero en el acto, dilatando al cuello por «medio de las inyecciones continuas de agua tibia hechas «con una jeringa comun. Dilatado al cabo de treinta á trein«ta y cinco minutos, se cloroformó á la parturiente, se am«plió la dilatacion practicando dos incisiones laterales, y se «procedió á extraer á los productos muertos ya. El primero «fué sacado con las manos, porque se presentaba en la cuar«ta posicion pelviana; y el segundo con el forceps. *La pre«sentacion de éste era de vértice, derecha posterior, complica«da de la caida del brazo y de la pierna derechos y del cor«don umbilical.* A tan penosa labor auxilió muy eficazmen«te el Sr. Capetillo. Aunque la eclampsía prosiguió despues «de que se logró contener una fuerte hemorragia, el Sr. Flo«res pudo sobreponerse al mal y salvó á la paciente.»

Muy superior á mis fuerzas considero el tratar aquí de los diversos medios á que se deberá ocurrir en los casos de dystocia que pueden tener lugar en los partos compuestos; cada uno de ellos es una fuente de indicaciones especiales, que únicamente podrá llenar de una manera debida, la sagacidad, la sangre fria y la destreza del práctico.

SECCION SEPTIMA.

Partos de fetos anómalos y monstruosos.

Es comun sentir de los tocologistas, que los fetos anómalos y monstruosos, pero especialmente los últimos, son dados á luz naturalmente, porque de ordinario son expulsados ántes de tiempo.

De las observaciones recogidas en México se deduce, que los partos de esta especie que han tenido lugar en la República no han ofrecido sérias dificultades.

Respecto de monstruosidades unitarias, varios focómelos, hemímelos, ectrómelos, derencéfalos y anencéfalos, descritos por el Sr. Rodriguez, han nacido naturalmente y sin tropiezo. Solo hay un caso de *thlipsencefalia* en que el parto fué laborioso. El completo desarrollo y la naturaleza misma de esta monstruosidad hicieron que el diámetro bis-acromial fuese del todo irreducible, por lo que despues de varias tentativas ineficaces intentadas por dos profesores, el Sr. Colin enganchó una de las axilas del monstruo con el gancho romo, luego con sus dedos, y le extrajo al fin. Este caso tuvo lugar en la Capital, el dia 2 de Mayo de 1870, y el ejemplar se conserva en el Museo Anatómico de la Escuela de Medicina. [1]

En el mismo Museo existe un curioso ejemplar de *exencefalia*, que nació de piés despues de cuarenta y ocho horas de trabajo, en manos de la partera D.ª Cármen Luna. Aunque fué reputado como un caso de *lor-*

1 La monstruosidad se presentaba por el vértice.

dosis por el profesor que le presentó á la Academia de Medicina de México, el Sr. Rodriguez, que le ha estudiado posteriormente, le ha clasificado de *monstruo exencefaliano*.

Por lo que toca á las monstruosidades compuestas, puede decirse otro tanto.

El *xiphódimo* que nació el dia 6 de Marzo de 1844 en la hacienda de Buenavista (Oajaca), descrito por el profesor D. Juan N. Bolaños, [1] fué expulsado naturalmente, si bien el parto fué laborioso.

El *xiphópago* que existe en el Museo de Anatomía de nuestra Escuela, segun las averiguaciones hechas por el Sr. Rodriguez, es hijo de M. I. Nataren, de Oajaca, y fué extraido por el Sr. Figueroa, segun consta de una relacion publicada en la *Gaceta de México* del dia 30 de Diciembre de 1793.

El *monstruo doble monocéfalo* nacido en Guanajuato el mes de Junio de 1863, descrito por el Sr. Rodriguez [2], segun todas las probabilidades fué expulsado naturalmente á pesar de que la circunferencia cuadri-ilíaca-coxígea mide 460 centímetros.

La *monstruosidad cuádruple*, rarísimo ejemplar que posée la Escuela de Medicina, descrito tambien por aquel profesor [3], fué extraido con las manos, sin dificultades, por D. Cristóbal Palacios, en Durango el año de 1869.

Ana y Sofía, monstruosidad isquiópaga, hija de padres mexicanos, nació en el condado de Morris (Filadelfia) el dia 12 de Octubre de 1870, en union de otra niña aislada

1 Museo Mexicano, tomo 3º, impreso por I. Cumplido.

2 *Gaceta Médica de México*, tomo 4º páginas 145 y siguientes.

3 Idem, tomo 5º, páginas 17 y siguientes.

y poco desarrollada. Su nacimiento, segun refiere el Dr. I. Getchell [1] fué pronto y sin dificultad para la madre, no obstante que pesaba doce libras. Las niñas esquiópagas vivieron diez meses y medio, y la aislada cinco dias tan solo.

Nada diré respecto á los partos peligrosos, porque sobrepasan los límites propios del plan que establecí al escribir este trabajo, en verdad tan superior á mis fuerzas: tratar del parto difícil en la acepcion técnica de la palabra. Como, por otra parte, los peligros del parto aquí, entre otras causas, dependen generalmente de una hemorragia concomitante ó consecutiva al trabajo, de la invasion de la eclampsía idiopática ó sintomática, de la presentacion por la extremidad pelviana, etc., etc., y el primero de estos puntos ha sido hábilmente tratado ya por mi amigo el profesor D. Juan Cabral [2], y el último, segun he sido informado, es objeto de la Tésis inaugural de mi amigo y condiscípulo D. José M. Sosa, tendria que ocuparme solo de la *eclampsía,* materia profusa é interesante por demas, pero acerca de la cual nada nuevo tendria que añadir á lo que se sabe y enseñan los autores europeos. Me abstengo de tocarla siquiera, por esta razon.

1 Aunque el Dr. Getchell dice que no se ha presentado ningun monstruo igual, esto no es exacto segun opina el Sr. Rodriguez, quien cree que lo que ha habido de raro en este caso es que hubiera podido vivir diez meses y medio, pues sus análogos han durado solo unas cuantas horas.

2 México. Imprenta del Gobierno, en Palacio, 1871.

TENGO la conviccion íntima de que mi Tésis nunca podrá llenar los deseos del respetable Jurado que va á calificarla: yo mismo me he apercibido de sus innumerables defectos.

Ella, lo sé bien, es solo un bosquejo, un índice de un vasto cuanto nuevo plan; pero se convendrá conmigo en que no puede exigirse de mí otra cosa que lo que puedo hacer. El desenvolvimiento, y sobre todo, el perfeccionamiento de este plan, requieren lo que no está ni ha podido estar en mis manos: dotes á propósito, material, y tiempo bastante. Que esta consideracion pese favorablemente en el ánimo de mis ilustres jueces y de mis benévolos lectores, y que la suma indulgencia de unos y otros supla lo que me ha faltado por desgracia.

México, Abril de 1872.

Rosendo Gutierrez de Velasco.